INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O envelhecimento e a sexualidade nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Barreiras, necessidades e desejos

Dinis Madeira Fernandes Esteves

Mestrado em Serviço Social

Orientador(a):

Professor Doutor Pablo Álvarez-Pérez, Professor Associado
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2026

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

O envelhecimento e a sexualidade nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Barreiras, necessidades e desejos

Dinis Madeira Fernandes Esteves

Mestrado em Serviço Social

Orientador(a):

Professor Doutor Pablo Álvarez-Pérez, Professor Associado
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho. 2026

Agradecimentos

Aproveito este capítulo da dissertação para agradecer a todos os que me apoiaram na realização desta dissertação ao longo deste último ano letivo. Ao professor Pablo Álvarez-Pérez por toda a ajuda e apoio que deu durante a realização da dissertação, aos meus pais e irmãos que nunca me deixaram desistir, aos meus avós, tios e primos por terem estado sempre lá e por todas as palavras de apoio que me foram dadas. Aos meus amigos e colegas de trabalho por toda a força e apoio que me deram.

Resumo

A sexualidade no envelhecimento constitui um profundo tabu e estigma social amplamente enraizado na sociedade. Este cenário de invisibilidade e preconceito agrava-se quando a pessoa idosa passa a residir numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Nestes contextos institucionalizados, a expressão afetivo-sexual e o direito à intimidade são fonte de forte tensão moral, institucional e familiar. Assim, este trabalho foca-se em compreender a gestão quotidiana nas ERPI, analisando as barreiras éticas e metodológicas encontradas e discutindo o papel dos profissionais enquanto promotores dos direitos fundamentais dos utentes.

Metodologicamente, adotou-se uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, recorrendo à realização de 12 entrevistas semiestruturadas (8 a idosos residentes e 4 a profissionais) em duas instituições do concelho de Cascais. Os dados foram tratados através de análise de conteúdo categorial com o apoio do *software* MAXQDA 2025.

Os resultados revelam que a vivência da sexualidade e da privacidade é condicionada por barreiras físicas (escassez de espaços individuais), organizacionais (ausência de protocolos claros) e culturais (estereótipos idadistas). Verificou-se que a falta de diretrizes institucionais leva a que os profissionais tomem decisões baseadas no julgamento individual, oscilando entre a proteção do utente e a salvaguarda da instituição, o que frequentemente compromete a autonomia dos residentes. Conclui-se que existe uma discrepância entre o quadro normativo de direitos e a sua aplicação prática, evidenciando a necessidade de formação específica para as equipas e da criação de políticas institucionais que integrem a sexualidade como uma dimensão do envelhecimento saudável e digno.

Palavras-chave: Envelhecimento; Sexualidade; Privacidade; ERPI; Autonomia.

Abstract

Sexuality in old age is a deeply entrenched taboo and a source of social stigma within society. This climate of invisibility and prejudice is exacerbated when older people move into a Care Home. In these institutionalised settings, emotional and sexual expression and the right to privacy are a source of significant moral, institutional and family tension. This study therefore focuses on understanding day-to-day management in residential care homes, analysing the ethical and methodological barriers encountered and discussing the role of professionals as promoters of residents' fundamental rights.

Methodologically, a qualitative exploratory approach was adopted, involving 12 semi-structured interviews (8 with elderly residents and 4 with professionals) conducted in two institutions in the municipality of Cascais. Data were analysed through categorical content analysis with the support of MAXQDA 2025 software.

The results reveal that the experience of sexuality and privacy is constrained by physical barriers (lack of individual spaces), organizational barriers (absence of clear protocols), and cultural barriers (ageist stereotypes). It was found that the lack of institutional guidelines leads professionals to make decisions based on individual judgment, oscillating between protecting the resident and safeguarding the institution, which often compromises residents' autonomy. It is concluded that there is a discrepancy between the normative framework of rights and its practical application, highlighting the need for specific training for staff and the development of institutional policies that integrate sexuality as a dimension of healthy and dignified aging.

Keywords: Aging; Sexuality; Privacy; Residential Care Homes; Autonomy

Índice

Introdução 1

1. Estado de Arte 3

2. Quadro teórico 7

O envelhecimento 7

A sexualidade no envelhecimento 8

A qualidade de vida 10

O bem-estar 11

A Regulamentação das ERPI em Portugal 12

3. Métodos 15

Pergunta de investigação, objetos de estudo e objetivos 15

Campo empírico 15

Universo e amostra 15

Lógica e estratégia de investigação 16

Técnica de recolha de dados 16

Técnica de análise de dados 17

Dificuldades e limitações na recolha de dados 19

Considerações éticas 20

4. Análise e discussão de resultados 21

Caracterização sociodemográfica dos entrevistados 21

A privacidade dos idosos em ERPI. Perspetivas comparadas 22

Perspetiva dos Utentes 22

Perspetivas dos Profissionais 25

Sexualidade nos idosos 27

Perspetiva dos utentes 27

Perspetiva dos funcionários 30

O impato da ERPI na vida dos utentes 34

Perspetiva dos utentes 34
Perspetiva dos profissionais 37
Conclusões 41
Referências 45
Anexos 53
Anexo A. Consentimento informado entregue aos idosos e profissionais. 53
Anexo B. Guião de entrevista semiestruturada aos idosos 55
Anexo C. Guião de entrevista semiestruturada aos profissionais 58
Anexo D. Figura 4.1. Nuvem de Palavras. Elaboração própria a partir das entrevistas dos profissionais. MAXQDA 2025 61

Introdução

De acordo com o último relatório do Instituto Nacional de Estatística (INE), referente à população portuguesa de 2024, o índice de envelhecimento, calculado através da comparação da população com 65+ anos com a população dos 0 aos 14 anos, atingiu um valor de 192,4 idosos por cada 100 jovens em 2024, sendo que em 2011 por cada 100 jovens habitavam em Portugal 128,0 idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2025). Com o aumento significativo da população mais velha em Portugal, é necessário ter em consideração a Qualidade de Vida deste grupo etário, um dos fatores, que apesar de ser fundamental para o bem-estar é frequentemente negligenciado, é a sexualidade.

A temática da sexualidade no envelhecimento não tem sido alvo de muitos estudos em Portugal, tanto na investigação científica como na prática. O presente estudo tem como propósito contribuir para uma maior compreensão das experiências, perceções e necessidades associadas à sexualidade e privacidade dos idosos residentes em ERPI. O objetivo deste estudo é compreender como é percecionada a privacidade e sexualidade nas Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas. Neste âmbito, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas a utentes, Diretores Técnicos e profissionais, no Concelho de Cascais. Posteriormente, os dados de natureza qualitativa foram analisados e explorados através do programa MAXQDA 2025, com o propósito de identificar categorias temáticas e, também, a coocorrência de códigos.

A questão de investigação que orientou este estudo é a seguinte - Como os desejos sexuais das pessoas mais velhas são percebidos e atendidos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas? Como objetivo geral definiu-se compreender as experiências dos idosos em ERPI, com especial enfoque na privacidade, sexualidade e qualidade de vida, analisando como os seus desejos são compreendidos e considerados nesses contextos, tendo em conta as questões éticas.

Este estudo organiza-se em quatro capítulos – o Estado de Arte, o Quadro Teórico, os Métodos e a Análise e Discussão de resultados. No Estado de Arte são analisados os estudos que se versam sobre a sexualidade e o envelhecimento nas ERPI. Com o conhecimento adquirido através do Estado de Arte foi realizado o Quadro Teórico no qual foram estabelecidas as dimensões que orientam a leitura e interpretação de dados.

O terceiro capítulo descreve o percurso metodológico, assente numa abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas realizadas aos 12 participantes (8 residentes e 4 profissionais) em duas ERPI do concelho de Cascais. Por fim, o quarto capítulo integra a análise e discussão dos resultados, no qual foram interpretados os dados à luz do quadro teórico, permitindo a compreensão entre as práticas institucionais, as perceções dos intervenientes e o enquadramento normativo existente.

1. Estado de Arte

De forma a desenvolver uma pesquisa aprofundada sobre o tema do envelhecimento e sexualidade, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que retratasse este tema. Para tal, foram utilizados os seguintes motores de pesquisa: Repositório do ISCTE, B-on, Scielo, Google Scholar, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Web of Science. Os critérios booleanos usados foram os seguintes: Sexuality AND Aging; Sexuality AND Elderly; Sexualidade AND Envelhecimento, Elderly Home AND sexuality; Quality of Life AND Elderly AND Sexuality.

Com a análise dos artigos que correspondiam aos critérios booleanos, foram determinados três temas centrais, o envelhecimento, a sexualidade e a qualidade de vida. Sendo que, dentro destes temas ainda são abordados outros fatores essenciais, como as barreiras que podem vir a surgir na atividade sexual durante o envelhecimento, e a correlação entre a qualidade de vida e a sexualidade. As dimensões encontradas e investigadas abrangem a saúde sexual, o bem-estar e as relações interpessoais, por sua vez as subdimensões incluem a frequência da atividade sexual, barreiras que podem vir a influenciar a sexualidade e as diferentes formas de expressar a sexualidade. São diversos os indicadores utilizados para medir as dimensões e subdimensões dos artigos analisados, como a satisfação com a vida sexual, instrumentos que medem a qualidade de vida (WHOQOL-*Bref)* e as avaliações de atitudes e perceções de profissionais e idosos sobre a sexualidade.

Nos últimos anos, o envelhecimento populacional tem surgido como um dos processos da vida com mais interesse na sociedade contemporânea. Isto deve-se ao aumento da esperança média de vida, da queda da mortalidade, da baixa taxa de natalidade e do envelhecimento da geração "baby boom" (Bar-Tur, 2021; Brito et al., 2023) e Portugal não é exceção a este aumento da população mais velha, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar gradualmente: se em 2011 por cada 100 jovens residiam 128,0 idosos, em 2022 residiam 185,6 (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Um dos fatores que contribui para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas é a sexualidade (Bauer et al., 2016), porém apesar da existência de dados de que a sexualidade e a qualidade de vida estão intrinsecamente correlacionadas, verifica-se que a sexualidade no envelhecimento tem sido pouco associada à qualidade de vida das pessoas mais velhas (Træen & Villar, 2020).

De acordo com um estudo de Gott (2003) sobre a importância da sexualidade no envelhecimento, os resultados evidenciam que: 1) o ato sexual é uma componente importante para aqueles que estão numa relação de longa duração, mas para os participantes que estavam solteiros e/ou viúvos, o ato sexual não era relevante; 2) com o processo de envelhecimento vão surgindo barreiras que dificultam a atividade sexual, como os problemas de saúde. Assim, a sexualidade é repensada, ou seja, pode ter diversas formas e deve ser entendida como um conceito amplo que envolve expressões de sentimentos e comportamentos, evoluindo naturalmente de acordo com a idade e contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido (Cunha et al., 2019; Júnior, Filho, et al., 2021); 3) a idade não influencia diretamente a importância que a sexualidade tem na velhice, mas sim o surgimento de barreiras que dificultam a atividade sexual, conforme referido previamente, problemas de saúde e/ou a viuvez.

De forma a corroborar o estudo de Gott (2003) uma investigação (von Humboldt et al., 2020) com 213 idosos brasileiros, ingleses e portugueses, concluiu que há diversas formas de expressar a sexualidade no envelhecimento, através da atenção, carinho, altruísmo, comunicação positiva, entre outras formas de expressão.

Certos fatores de vida, como o género ou a saúde estão correlacionados com a perceção da importância da sexualidade (AARP, 2023). Relativamente ao género, 80% dos homens acima dos 40 anos consideram importante uma relação sexual saudável, enquanto 63% das mulheres têm a mesma opinião. A importância que se dá ao ato sexual vai diminuindo com a idade: 83% das pessoas entre os 40-49 anos considera importante, comparativamente aos 55% das pessoas com mais de 70 anos. Além disso, aqueles que se consideram com boa saúde são mais propensos a valorizar o ato sexual (73%) do que aqueles com má saúde (64%) (AARP, 2023).

Cambão (2019), ao estudar a relação entre a qualidade de vida e sexualidade numa população do Porto com 65 ou mais anos, (M= 73,4; n=213), concluiu que a sexualidade é uma componente fundamental da saúde e da qualidade de vida das pessoas, sem restrição da faixa etária, sendo que o género masculino atribuiu uma maior importância à vida sexual devido à presença de uma vida sexual mais ativa e de uma maior frequência da atividade sexual. O estudo ainda evidenciou que a maioria dos participantes tem relações sexuais, pelo menos, uma vez por semana ou mensalmente. Apesar de haver uma redução na frequência da mesma, não significa que os mais velhos se tornam assexuais (Júnior, Cruz, et al., 2021).

No contexto das ERPI, verifica-se que a perceção que os Diretores Técnicos podem ter da sexualidade na velhice pode impactar o modo como os clientes da ERPI se comportam perante esta questão. Teixeira (2021) ao analisar esta questão concluiu que ainda existe um estigma quanto à expressão da sexualidade, sendo a institucionalização, a religião e o estado de saúde as maiores causas apontadas pelos Diretores Técnicos.

Villar et al. (2014), ao estudar as barreiras que os clientes e os funcionários das ERPI apontam quanto à sexualidade, conclui que existem 7 diferentes tipos – falta de privacidade, a atitude dos residentes, a ausência de conversas sobre a sexualidade, saúde, a atitude dos funcionários, interferência familiar e a falta de oportunidades, adicionalmente 19 utentes não relataram qualquer tipo de barreira.

Consoante Williams (2015), a resposta de um assistente social à realidade ou possibilidade de uma relação íntima entre residentes numa ERPI, exige uma avaliação sensível das questões éticas envolvidas, sendo que são apresentadas cinco: 1) capacidade e interesse – aqueles em relações devem ter a capacidade de consentir ou deve ser realizada uma avaliação do interesse; 2) criminalidade – algumas formas do comportamento sexual são ofensas criminais (ex. violação) e os residentes têm de ser protegidos; 3) proteção e abuso – as ERPI devem ter uma politica de proteção e abuso, de forma a que uma relação não seja ou se torne abusiva; 4) igualdade – a Constituição da República Portuguesa (1976/2005) estabelece que "todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei, proibindo a discriminação com base no sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções politicas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual" (Artigo 13º); 5) a opinião da família, dos amigos e profissionais – as relações intimas entre os residentes, podem causar *stress* aos familiares.

Grigorovich (2022) ao estudar a demência e a sexualidade em ERPI, concluiu que um fator referido pelos profissionais foi a perceção de que a deterioração cognitiva elimina todas as capacidades de tomada de decisão e de autoexpressão. Resultando assim que as expressões sexuais de pessoas com demência sejam interpretadas como não intencionais ou não consensuais, criando barreiras para que exista a possibilidade de uma expressão sexual positiva.

Num outro estudo de Grigorovich & Kontos (2018), foi concluído que pessoas com demência têm consciência do preconceito e das suposições de incapacidade como um

fator chave que pode vir a limitar a intimidade e a expressão sexual. Este tipo de preconceito ainda persiste apesar de existirem numerosas pesquisas que indicam que pessoas com demência são capazes de realizar escolhas e compreender os significados.

De acordo com Doll (2013) no qual questionaram os funcionários de ERPI o que fariam se vissem dois residentes a expressarem a sua sexualidade, a maioria (68.9%) respondeu que iriam procurar um supervisor se tivessem conhecimento do que estava a acontecer, 51.1% tentariam ajudar os residentes, 41.1% iriam seguir a politica da ERPI, 32.2% respondia com nojo, 27.8% ignorariam o que estava a acontecer e 20% entrava em pânico.

Apesar de existirem diversos estudos sobre a importância da sexualidade para a qualidade de vida das pessoas mais velhas, continuam a ser poucos os estudos que exploram e analisam esta temática em Portugal, nomeadamente sobre a perspetiva simultânea entre utentes e profissionais.

2. Quadro teórico

Para compreender como a sexualidade é percecionada nas ERPI portuguesas foram consideradas as seguintes dimensões: envelhecimento, a sexualidade no envelhecimento, qualidade de vida, bem-estar e a regulamentação das ERPI em Portugal.

O envelhecimento

Ao longo dos últimos anos têm existido diversas definições de envelhecimento. De acordo com a definição de Kyriazis (2020) o envelhecimento é o resultado de diversos fatores, onde os seres humanos ao longo do tempo têm mais perdas do que ganhos. Como consequência, existe uma degeneração e perda de funcionalidade a todos os níveis – biológico (molecular, celular, tecidular) e social.

O envelhecimento a nível individual pode ser definido como um fenómeno de carácter multidimensional e multifatorial, sendo por isso de enorme complexidade, dada a dificuldade em definir o conceito de envelhecimento, uma vez que é um processo bastante heterogéneo (Carvalho & Duque, 2021). Neste sentido, define-se o processo de envelhecimento humano como um conjunto de alterações biológicas que enfraquecem os mecanismos de defesa e homeostasia. Este processo resulta da interação entre os processos de envelhecimento celular, de órgãos e sistemas, com fatores ambientais, físicos, psíquicos e sociais (Faria et al., 2020).

Fernandez-Ballesteros (2009, citado em Batista, 2019) diferencia o envelhecimento em três: saudável, patológico ou bem-sucedido. Consoante a World Health Organization (2020), o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção das capacidades funcionais, capacidades estas que permitem o bem-estar nas pessoas mais velhas, as capacidades funcionais são as capacidades físicas e mentais de uma pessoa e os ambientes em que a pessoa habita e como interage com o mesmo (World Health Organization, 2020).

O envelhecimento patológico é aquele que é influenciado ou antecipado devido à presença de diversas patologias (Batista, 2019). Já o envelhecimento bem-sucedido corresponde à manutenção da qualidade de vida sendo que esta se caracteriza por um sentimento de bem-estar, por um bom estado de saúde física e por uma boa rede social (Conceição Antunes, 2015).

De forma a responder ao aumento da população mais velhas foram criadas respostas sociais, designadamente as ERPI. De acordo com a Portaria n.º 67/2012, "considera-se estrutura residencial para pessoas idosas o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem" (Artigo 1.º, n.º2).

Quando os assistentes sociais trabalham com pessoas mais velhas, devem estar cientes das opções residenciais disponíveis para as pessoas que precisam de cuidados e das consequências que advêm da decisão de viver numa ERPI (Kaplan & Berkman, 2016), adicionalmente, de acordo com a Portaria n.º349/2023, as alíneas a) e b) do Artigo 5.º -A estabelecem que a pessoa que reside numa ERPI tem direito a que a sua dignidade, privacidade, intimidade e individualidade seja preservada e ver garantido o segredo profissional, o sigilo e a confidencialidade.

Assim, o envelhecimento é uma realidade que é e deve ser atendida pelas políticas públicas, no qual é indispensável a realização de ações que melhorem a saúde, o bem-estar e a Qualidade de Vida dos mais velhos (Júnior, Filho, et al., 2021).

A sexualidade no envelhecimento

Segundo Træen & Villar (2020), embora existam dados que comprovam a ligação intrínseca entre qualidade de vida e a sexualidade, verifica-se que a sexualidade na velhice tem sido pouco associada à qualidade de vida das pessoas mais velhas, pois existe uma visão estereotipada de que a partir de uma certa idade as pessoas são assexuais ou que já não têm interesse sexual (Heidari, 2016).

De acordo com a OMS (2020), a sexualidade pode ser expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A sexualidade é influenciada através de diversos fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais, religiosos, entre outros.

Assim, a sexualidade deve ser entendida como as expressões de sentimentos e comportamentos que evoluem naturalmente de acordo com a idade e o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido (Cunha et al., 2019; Júnior, Filho, et al., 2021). De acordo com um estudo nos Estados Unidos da América, os participantes que referiram ser sexualmente inativos não eram assexuais, a maioria dos entrevistados descreveram ter-se envolvidos noutro tipo de expressão sexual (preliminares, toque, *flirting,* masturbação, visualização de filmes sexuais, livros e piadas) (Colton, 2007).

Esta nova geração de mais velhos é mais ativa sexualmente do que as gerações anteriores, uma vez que têm uma melhor condição de saúde, são mais frequentemente solteiros ou divorciados e têm um acesso mais facilitado a medicamentos que melhoram a experiência sexual (ILC-Brasil, 2015). De acordo com Fisher (2010; ILC-Brasil, 2015), a maioria dos participantes, nos Estados Unidos da América, de meia idade ou mais velhos considera o sexo importante para a qualidade de vida.

Consoante Lima (2006, citado em Domingues, 2020), existem diversas mudanças físicas a nível da sexualidade, tanto na mulher como no homem. Estas mudanças não só definem a sexualidade, como é necessário envolver outros aspetos, para além dos aspetos biológicos. Estas alterações não têm um período definido, ou seja, uma idade certa, ocorrem gradualmente ao longo da vida e podem afetar a presença da sexualidade. Porém, é necessário analisar a sexualidade de forma positiva e não analisar estes dados de forma redutora. Por sua vez existem alterações físicas básicas, à medida que se envelhece e especificamente na fase que compõe o ciclo de excitação.

O processo de envelhecimento pode conduzir a mudanças físicas, tanto nos homens como nas mulheres, que podem induzir a disfunções sexuais (Silva et al., 2012). Estas mudanças sexuais podem alterar o desempenho sexual dos mais velhos, afetando o desejo e funcionamento sexual e indiretamente a satisfação sexual (Uchôa et al., 2016).

Segundo Bauer (2016), são necessários ambientes seguros nos quais é possível abordar o tema da sexualidade, sendo que estas conversas devem ser implementadas por profissionais que estejam correlacionados com o setor da saúde, os profissionais que trabalhem nas instituições devem encorajar a partilha de informação com o objetivo que as pessoas mais velhas recebam o tratamento, informação, educação e apoio que precisem.

Conforme Beauchamp & Childress (2009), são quatro os pilares da Bioética – o respeito pela autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Estes quatro princípios ajudam a facilitar a complexidade do raciocínio ético e são utilizados como justificação na escolha de decisões (Grigorovich & Kontos, 2018).

Contudo, este modelo recebeu algumas críticas de académicos que defendem que a ética não pode ser reduzida a um conjunto de regras universais (Grigorovich & Kontos, 2018; Hamington, 2015) e a sua aplicabilidade tendo em consideração a sexualidade nas

ERPI e como as regras institucionais podem dificultar o respeito pela privacidade e autonomia sexual dos residentes (Grigorovich & Kontos, 2018).

No caso das pessoas com certo nível de declínio cognitivo, como demência, a aplicação dos princípios bioéticos, especialmente o da autonomia é ainda mais complexo, uma vez que certos académicos argumentam que a aplicação do princípio da autonomia baseia-se numa conceção de competência "*all or nothing"* (Mahieu & Gastmans, 2012, p. 349), considerando automaticamente que as pessoas com demência são incapazes de tomar as suas próprias decisões (Grigorovich & Kontos, 2018).

Como alternativa à bioética, foram propostas duas possibilidades no contexto da sexualidade e da demência (Grigorovich & Kontos, 2018). A primeira alternativa é um modelo antropológico-ético que também tem por base quatro princípios – o eu descentralizado, a corporização humana, o ser-no-mundo e o ser-com-os-outros (Mahieu et al., 2014). Este modelo quando aplicado à demência, considera que a sexualidade não é uma manifestação médica ou comportamental de défice cognitivo, mas sim como uma manifestação existencial de ser um ser descentralizado e corporizado no mundo com os outros (Mahieu et al., 2014).

A segunda possibilidade é o teste "Cognition+" (Boni-Saenz, 2015), que perceciona a capacidade sexual de um indivíduo como o resultado das suas capacidades cognitivas tendo em consideração os recursos sociais e o enquadramento legal que moldam essas habilidades e recursos. Esta alternativa considera que a capacidade de decisão é dinâmica e contextual, e que varia consoante o contexto sociocultural de cada individuo e da história de vida de cada um. Este teste começa pela vontade, posteriormente avaliando a capacidade de decisão no âmbito da sexualidade e avalia a capacidade da rede de apoio social dos indivíduos (Grigorovich & Kontos, 2018).

A qualidade de vida

No envelhecimento a Qualidade de Vida (QdV) das pessoas mais velhas tende a diminuir, tendo em conta que a QdV pode ser compreendida como um conjunto de fatores harmoniosos físicos e psicológicos (Júnior, Cruz, et al., 2021; Oliveira et al., 2019), uma vez que a prática de atividade física tem benefícios para a saúde e também promove uma melhor integração na sociedade, consequentemente melhora a satisfação com a vida e reduz sentimentos de depressão e solidão (Oliveira et al., 2019).

De acordo com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017; World Health Organization, 1997), a qualidade de vida é a perceção que as pessoas têm sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A World Health Organization (1997), definiu seis dimensões para a qualidade de vida - sendo estas a saúde física, a psicológica, a autonomia, as relações sociais, o ambiente e a espiritualidade (Głowacka et al., 2024).

Quando se pretende avaliar a qualidade de vida da população mais velha, utiliza-se o WHOQOL (1997), que segue as seis dimensões apresentadas previamente - na dimensão física, tem em consideração a energia/fadiga, a dor/desconforto e o sono/descanso. Na psicológica a perceção que o indivíduo tem de si, sentimentos negativos e positivos, autoestima e o pensamento, memória, aprendizagem e concentração. Relativamente, à autonomia avaliam a mobilidade, as atividades que realiza diariamente, a sua capacidade para trabalhar e a dependência de medicamentos.

Sendo que, nas relações sociais questionam as relações, o suporte social e a atividade sexual. Quanto ao ambiente, têm em consideração os recursos financeiros, liberdade, segurança física e segurança, saúde, o ambiente em casa, oportunidades de reterem informação e capacidades, o ambiente físico, e os transportes. Quanto à espiritualidade, têm em consideração as crenças de cada individuo.

O bem-estar

Consoante Diener (2006), o bem-estar corresponde a "todos os vários tipos de avaliações, tanto positivas como negativas, que as pessoas fazem das suas vidas. Inclui avaliações cognitivas reflexivas, como a satisfação com a vida e com o trabalho, o interesse e o empenho, e reações afetivas a acontecimentos da vida, como a alegria e a tristeza. Assim, o bem-estar subjetivo é um termo genérico para as diferentes avaliações que as pessoas fazem das suas vidas, dos acontecimentos que lhes acontecem, dos seus corpos e mentes e das circunstâncias em que vivem" (p.153).

De acordo com Singh & Suvidha (2024), o bem-estar tem cinco dimensões diferentes - a dimensão física - compreendida como atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos do qual resulte dispêndio de energia, independentemente do propósito e contexto (Caspersen et al., 1902; Garatachea et al., 2009); a emocional – estado de mente em que uma pessoa se sente relaxada,

presente, criativa e sábia (Mishra & Pc, 2023; Singh & Suvidha, 2024); a social – refere-se às relações sociais de um individuo, tendo em conta a qualidade das relações, a rede social, a participação, o suporte social e a ausência da solidão (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018); a espiritual – definida como a perceção do indivíduo em relação à procura de um propósito na vida coerente e significativo, e da autoestima para lidar com problemas e alcançar objetivos de vida (Lee & Salman, 2016; Salman & Lee, 2019); a económica – pode ser entendida como a habilidade de garantir recursos essenciais e ter um estilo de vida satisfatório (Tran et al., 2020).

Segundo Smith (2001, p. 462) "As expectativas sociais que existem sobre o bem-estar no fim de vida abrange não só a disponibilidade e a manutenção de recursos, como as finanças e a saúde, mas também há a ideia de que as pessoas mais velhas têm o direito de aproveitar a vida". O bem-estar é a avaliação individual que cada pessoa realiza sobre a sua vida, consoante os sentimentos que têm e conforme as circunstâncias da vida (Diener, 2006; Smith, 2001).

A Regulamentação das ERPI em Portugal

Apesar da legislação portuguesa não abordar diretamente a sexualidade em ERPI, de acordo com o artigo 5.º-A da Portaria n.º349/2023, de 13 de novembro, que estabelece os direitos e deveres das pessoas residentes em ERPI, a alínea a) do n.º1 reconhece o direito à preservação da dignidade, privacidade, intimidade e individualidade dos seus residentes.

A atividade sexual não é reconhecida como uma dimensão legítima ou respeitada em ERPI, uma vez que os funcionários consideram que a perceção que os residentes têm da sexualidade é algo complexo e que deve ser evitado (Gilmer et al., 2010; Grigorovich & Kontos, 2018), porém muitos residentes continuam interessados na sexualidade mas estão privados de expressar a mesma (Bauer et al., 2013; Darnaud et al., 2013; Lochlainn & Kenny, 2013; Yang et al., 2021).

Segundo Hill (2014), existem diversos obstáculos para que os idosos não tenham acesso ou que não consigam expressar a sua sexualidade em ERPI, identificando-se obstáculos práticos, como a falta de parceiros ou outras barreiras, como o idadismo, as atitudes e crenças dos funcionários e familiares, responsabilidade penal e civil.

Quando os funcionários das ERPI não têm a formação necessária e se percecionam a sexualidade das pessoas mais velhas como algo negativo ou que os possa vir a prejudicar,

conduz a que os idosos fiquem reticentes, o que pode resultar num conflito entre as duas partes (Hillman, 2016; Yang et al., 2021).

É necessário desenvolver diretrizes que enquadrem a ética e a expressão sexual dos residentes. A sexualidade e o afeto são necessidades que transcendem a idade, o declínio cognitivo e a incapacidade (Grigorovich & Kontos, 2018). Adicionalmente quando os funcionários das ERPI são enfrentados com a expressão sexual dos residentes, demonstram insegurança quanto à forma de atuação, embora sintam necessidade de intervir (Grigorovich & Kontos, 2018; Roach, 2004; Shuttleworth et al., 2010), no entanto estas intervenções podem ser vistas como um castigo, pois estão a separar e a restringir os clientes fisicamente (Hill, 2014).

Já existem certas estruturas residenciais que respeitam a privacidade dos idosos, uma vez que têm politicas que apoiam a privacidade, como a disponibilização de espaços privados caso os utentes tenham o desejo de se envolver intimamente e também permitem a utilização de cortinas em quartos partilhados (Grigorovich & Kontos, 2018; Hill, 2014). Contudo, esta não é a realidade predominante, pois há uma falta de atenção quanto à sexualidade dos residentes, na política atual, formação profissional e orientações clínicas (Everett, 2007; Grigorovich & Kontos, 2018).

De forma a compreender a sexualidade nas ERPI, é necessário que exista uma reflexão ética sobre as práticas e decisões institucionais, estas decisões têm sido seguidas pelo modelo da bioética. A partir das dimensões analisadas, assume-se que a sexualidade é uma componente importante para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais velhas, visto que cuja expressão pode ser condicionada pelas características e protocolos institucionais das ERPI.

3. Métodos

Pergunta de investigação, objetos de estudo e objetivos

De forma a estudar a privacidade e a sexualidade dos mais velhos, foi estabelecida a seguinte pergunta de partida – Como os desejos sexuais das pessoas mais velhas são percebidos e atendidos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas? Como objeto de estudo detemos a privacidade e a sexualidade das pessoas mais velhas nas Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas.

Como objetivo geral pretende-se: compreender as experiências dos idosos em ERPI, com especial enfoque na privacidade, sexualidade e qualidade de vida, analisando como os seus desejos são compreendidos e considerados nesses contextos, tendo em conta as questões éticas. Relativamente aos objetivos específicos, foram estabelecidos três, sendo estes: (1) analisar os fatores que influenciam a privacidade dos idosos em ERPI, considerando a perspetiva dos próprios idosos e as dinâmicas institucionais (2) explorar as perceções que os idosos têm sobre a sexualidade dentro de contextos institucionais, identificando barreiras, necessidades e desejos e (3) analisar como as normas institucionais sobre direitos dos clientes nas ERPI impactam a privacidade, a sexualidade e a consideração dos desejos dos idosos.

Campo empírico

O campo empírico, neste estudo, foram as ERPI de Lisboa. A escolha incidiu sobre o concelho de Cascais, uma vez que tem uma rede significativa de ERPI e de utentes, consoante o Gabinete de Estratégia e Planeamento (2025) há um total de 37 equipamentos e de 1425 utentes. Tendo em conta que ao enviar os convites para participarem na recolha de dados da dissertação, foram enviados convites a ERPI públicas e privadas, por sua vez só as privadas responderam.

Universo e amostra

De forma a começar a recolha de dados, foi necessário estabelecer o universo e amostra. "O universo pode ser entendido como um conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica em comum" (Coutinho, 2011, p. 85), enquanto que a amostra é o processo de recolha de uma pequena parte da população (Neves, 2019). Assim, podemos considerar que para este estudo o universo são os idosos e os profissionais nas ERPI no concelho de Cascais e como amostra 12 indivíduos de 2 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas distintas.

ERPI 1 – 4 idosos, 1 Diretora Técnica e 1 psicóloga;

ERPI 2 – 4 idosos, 1 Diretora Técnica e 1 enfermeira.

Lógica e estratégia de investigação

Com o campo empírico, o universo e a amostra definidos, é imperativo definir as técnicas de recolha de dados para entender "como" vão ser recolhidos os dados (Coutinho, 2011), assim optou-se por realizar um estudo exploratório, uma vez que o tema ainda é pouco explorado e permite que o investigador defina o problema de investigação e que formule as suas questões de investigação com maior precisão. De acordo com Piovesan & Temporini (1995, p. 325) o estudo exploratório "*is proposed as a methodological procedure for a qualitative approach. The main purpose of this procedure is that of helping the researcher to develop a measurement tool which reflects reality.".* Assim, este foi um estudo qualitativo, uma vez que se pretendeu explorar e compreender em profundidade as informações partilhadas pelos entrevistados.

Técnica de recolha de dados

Neste estudo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, estas em que o entrevistador utiliza um guião com perguntas estabelecidas, mas mantem flexibilidade para alterar a ordem ou reformular perguntas, consoante a direção da entrevista (Aires, 2015), uma vez que este é um tema com dados pessoais sensíveis. De acordo com Monday (2019), uma entrevista é uma forma de recolher dados e de ficar a compreender o entrevistado, adicionalmente também pode vir a alargar o que está a ser investigado, uma vez que é um processo mais natural e não é um processo de recolha de dados tão estruturado (Aires, 2015; Alshenqeeti, 2014; Monday, 2019). Assim, foram criados dois guiões de entrevistas distintos um para os utentes e outro para os funcionários das ERPI. Os dois guiões estão divididos em quatro partes, o guião dos utentes tem um total de 13 perguntas, enquanto o dos funcionários tem um total de 11 perguntas (ver anexo B e C). O questionário dos utentes, está dividido em quatro partes distintas, sendo estas: bem-estar e qualidade de vida; questões éticas e consentimento; sexualidade; instituição, respostas e formação dos profissionais. O questionário dos funcionários está dividido nas seguintes partes – saúde e sexualidade dos residentes; bem-estar e saúde dos residentes; questões éticas e consentimento; instituição, respostas e formação dos profissionais. Estas perguntas foram criadas tendo em conta os conceitos e dimensões encontrados no Estado de Arte e Quadro Teórico (para maior compreensão, ver Tabela 3.1 e 3.2).

As entrevistas foram realizadas em salas privativas, nas ERPI em que os utentes estão institucionalizados. Antes de começar as entrevistas, foi explicado aos participantes o propósito da entrevista e requisitado o seu consentimento por escrito. Foram realizadas um total de 12 entrevistas, 8 das entrevistas foram realizadas a utentes, tendo uma duração média de 40 minutos, e as restantes 4 entrevistas efetuadas aos profissionais que tiveram, em média, uma duração de 15 minutos.

Técnica de análise de dados

De forma a analisar os dados recolhidos através das entrevistas, as mesmas foram transcritas e relidas com o objetivo de estar familiarizado com os dados adquiridos, sendo que para realizar o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o programa MAXQDA, onde é possível organizar a informação através de códigos e subcódigos (ver tabela 3.1 e 3.2). Estes foram extraídos da revisão de literatura, sendo a técnica usada a análise de conteúdo categorial.

Tabela 3.1. Códigos adquiridos através das entrevistas com os utentes

Código	Sub-códigos	Autores
Perfil	Idade	NA
	Habilitações Literárias	NA
Capacidade e consentimento	Privacidade/aceitar	(Grigorovich & Kontos, Williams, Hillman)
Mudanças fisiológicas	dores	(Domingues, Silva et al.)
	sentimentos (apatia, frustração, solidão)	
	autoestima	
	Envelhecimento normal do corpo	
	perda de funcionalidade	
Normas Institucionais	Espaços privados	(Villar et al., 2014)
	Apoio por parte da equipa técnica	
	falta de espaços para partilhar	
	Intimidade com os funcionários	
	Falta de confiança nos profissionais	
	Apoio familiar	
Estigma e ética	Dificuldade em exprimir os sentimentos	(Teixeira, 2021)
	Evita os sentimentos	
	Falta de intimidade	
Qualidade de vida	Envelhecimento heterogeneo	(Træen & Villar, 2020)
	Amizade	
	Questões financeiras	
	Bem-estar relacional	
	Relação com o pessoal	
	Ambiente físico positivo	
	Bem-estar subjetivo	
Sexualidade	Rejeição de novas relações	(Gott, 2003; Villar et al., 2014; (von Humboldt et al., 2020)
	Viuvez	
	Relação com os outros utentes	
	Intimidade com os funcionários	
	Falta de confiança nos profissionais	
	Barreiras à partilha	
	Afetos	
Privacidade	Diferença de tratamento	(Villar et al., 2014)
	Privacidade limitada	
	Regras flexíveis	
	Autonomia nas AVD	
	Momentos de lazer	
	Espiritualidade	
	Necessidade de espaço pessoal	

Tabela 3.2. Códigos adquiridos através das entrevistas com os profissionais

Código	Sub-códigos	Autores
Perfil	Idade	NA
	Profissão	NA
Família e Conflito Ético		(Williams, 2015)
Sexualidade dos utentes	Espaços para casais	(Gott, 2003; AARP, 2023; Bauer et al., 2016; Teixeira, 2021; Grigorovich & Kontos, 2018)
	Barreiras físicas	
	Ignorância dos sentimentos	
	Sexualidade na demência	
	Envelhecimento ativo	
	Reconhecimento	
	Diferença de género	
Conexões emocionais		Adquirido através das entrevistas
Formação e preparação	Formação dos profissionais	(Yang et al., 2021; Hillman, 2016)
	Falta de formação	
	Legislação	
	Falta de Legislação	
Bem-estar e envelhecimento		(WHO, 2020; Bauer et al., 2016; Kyriazis, 2020)
Privacidade dos residentes	Liberdade	(Villar et al., 2014; Portaria n.º 349/2023)
Estigmas e normas sociais	Assexualidade	(Teixeira, 2021; Hill, 2014)
	Perceção da família	
	Estereótipos	
Consentimento e ética		(Williams, 2015; Grigorovich, 2022)

Dificuldades e limitações na recolha de dados

Durante a recolha e análise de dados, foram surgindo algumas dificuldades e limitações que podem ter vindo a atrasar a realização e concretização da dissertação, como - a participação das ERPI, as respostas às questões por parte dos utentes e o uso do MAXQDA.

Ao planear a recolha de dados no início o objetivo era realizar a entrevista a três ERPI diferentes dando um total de 12 utentes e 6 profissionais, mas devido à falta de resposta só foi possível entrevistar duas instituições, sendo uma delas o contexto profissional em que desempenho funções.

Outra limitação foi a pouca prática do programa MAXQDA, que apesar da existência de aulas durante o ano letivo, foi presenciada alguma dificuldade na realização e elaboração de tabelas, subcódigos e na organização e compreensão do programa.

Considerações éticas

Os métodos aplicados para este estudo estão de acordo com os princípios éticos do ISCTE, e de acordo com as normas e princípios da pesquisa social, sendo estes o bem-estar, os direitos e a dignidade de todos os intervenientes que aceitem participar neste estudo. Assim, foi necessário que todos os entrevistados (utentes e profissionais) assinassem um consentimento informado, no qual estava explicito os objetivos do estudo, que a participação é totalmente voluntária e que podiam retirar o consentimento da investigação a qualquer altura, que é totalmente confidencial e que os dados pessoais são conservados durante o período de 1 ano de acordo com as normas da faculdade.

Consoante os princípios gerais do Código de Conduta Ética na Investigação do ISCTE (Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, s.d.), durante o decorrer da investigação foram adotadas medidas que salvaguardassem a autodeterminação dos participantes, nomeadamente através do consentimento informado, no qual estava explicito os objetivos do estudo, a participação e a possibilidade de desistir a qualquer momento. Toda a investigação foi conduzida de forma transparente e que garantisse a consistência da recolha de dados com uma análise cuidada e fundamentada, tendo uma postura critica e reflexiva ao longo da análise.

De forma a garantir a privacidade dos participantes nas entrevistas, foram realizadas as mesmas em salas privadas e fechadas nas ERPI sendo que conforme o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) todos os dados foram armazenados de forma segura só sendo acessíveis pelo investigador.

4. Análise e discussão de resultados

Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos através das entrevistas aos utentes e profissionais das ERPI, numa primeira fase procedeu-se à caracterização dos idosos e profissionais entrevistados.

Conforme apresentado na tabela 4.1, foram entrevistados oito utentes, cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. As idades variam entre os 72 e os 88 anos, a maioria dos participantes se encontra em situação de viuvez, os restantes participantes encontram-se solteiros. Quanto às habilitações literárias, o maior grau de escolaridade foi o 12º ano antigo, enquanto o menor foi o 3º ano antigo.

Tabela 4.1. Perfil Utentes

Utentes	Sexo	Idade	Estado Civil	Habilitações Literárias
U1	Feminino	72	viuvez	12º
U2	Feminino	79	viuvez	4º ano antigo
U3	Feminino	80	viuvez	não acabou o 12º
U4	Feminino	86	viuvez	4º ano antigo
U5	Masculino	87	viuvez	9º ano antigo
U6	Masculino	86	viuvez	7ºano antigo
U7	Masculino	88	solteiro	4º ano antigo
U8	Feminino	82	solteira	3º ano antigo

Já a tabela 4.2 apresenta o perfil das profissionais entrevistadas. Todas são do sexo feminino, com idades entre os 38 e os 53 anos. Quanto ao cargo profissional de cada entrevistada, 2 são Diretoras Técnicas, sendo que uma é gestora e a outra assistente social, 1 psicóloga e 1 enfermeira, todas a desempenhar funções em ERPI de natureza privada.

Tabela 4.2. Perfil Profissionais

Profissionais	Sexo	Idade	Profissão	Tipo de Residência
P1	Feminino	38	Diretora Técnica – Assistente Social	Privada
P2	Feminino	43	Psicóloga	Privada
P3	Feminino	53	Diretora Técnica - Gestora	Privada

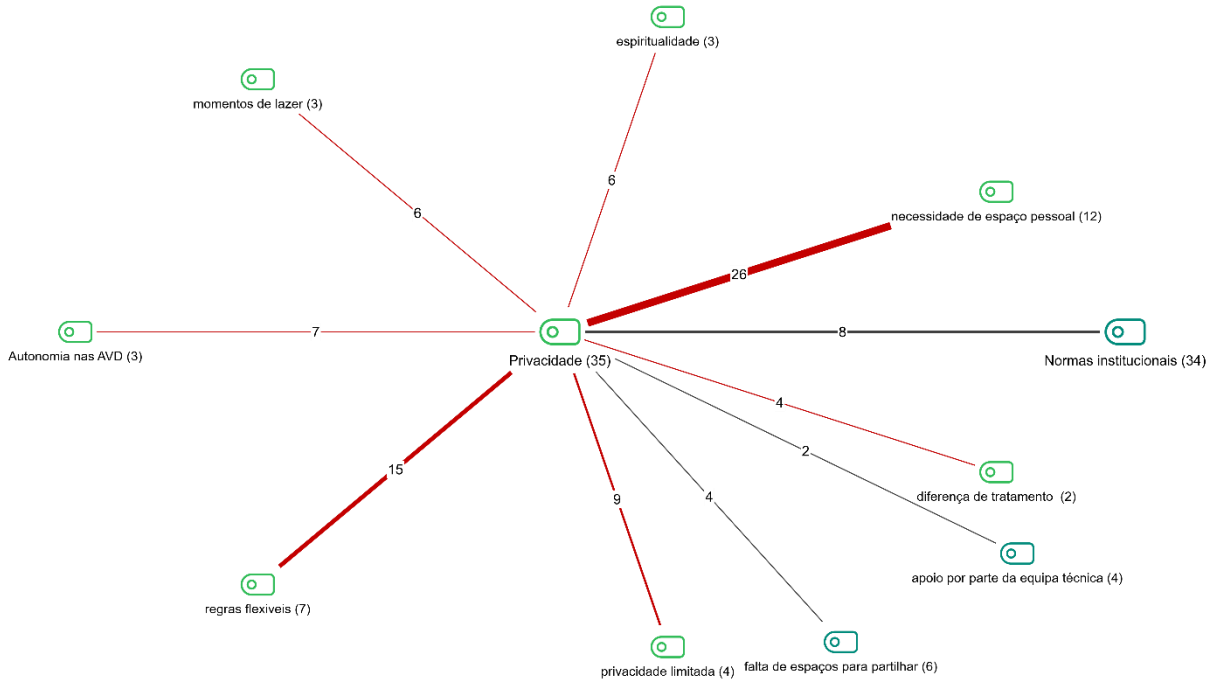
P4	Feminino	48	Enfermeira	Privada

A privacidade dos idosos em ERPI. Perspetivas comparadas

Perspetiva dos Utentes

Rede Semântica 4.1. Modelo de Coocorrência de códigos elaborado a partir das perspetivas dos utentes quanto à privacidade nas ERPI.MAXQDA 2025

Este modelo evidencia a relação entre os diferentes códigos. As linhas encarnadas representam coocorrências mais fortes, enquanto as azuis representam ligações menos intensas. A largura das linhas varia consoante as frequências de coocorrência, os valores numéricos indicam a quantidade de vezes que os códigos foram aplicados simultaneamente.



De acordo com o Modelo de Coocorrência de Códigos (Rede Semântica 4.1) é possível evidenciar a partir dos testemunhos dos utentes a necessidade de espaço pessoal e de privacidade limitada que consequentemente está relacionada com os momentos de lazer, a autonomia nas AVD e a espiritualidade, ainda vale destacar que a maioria dos utentes entrevistados menciona que por norma as regras da residência não tendem a criar entraves no seu dia-a-dia e que tem regras flexíveis *"A residência aceita tudo desde que a pessoa esteja bem."* (Utente 1), mas também relatam que estas regras podem variar de acordo com o funcionário e o utente *"por estima, eu estimo aquele, vou-lhe dar facilidades. Eu não estimo aquele, não tens facilidades. Acho que às vezes funciona assim."* (U6).

Sendo que esta perceção das regras serem flexíveis, sugere que a privacidade não é igualitária, mas sim como uma variável dependendo da relação entre o utente e o profissional. Esta alteração nas decisões que são realizadas pelos funcionários, resulta com que os utentes fiquem confusos e com que a autonomia dos utentes fique fragilizada (Hill, 2014). À luz de Hillman (2016), a ausência de formação adequada e de politicas institucionais obriga os profissionais a recorrerem a crenças pessoais e estereótipos, transformando o que deveria ser um direito à intimidade numa experiencia de 'lotaria institucional', onde o bem-estar do utente fica a refém da subjetividade de quem cuida. Pelo que se um utente quiser sair da ERPI, tem esse direito "*Eu e a minha colega vamos sempre fazer uma caminhadazinha"* (U3).

Consoante estes dados, é possível deduzir que a proteção do bem-estar tende a sobrepor-se ao respeito pela autodeterminação, revelando a dificuldade de operacionalizar a privacidade em contextos de cuidado. Estes resultados podem ser compreendidos através do estudo de Grigorovich & Kontos (2018) sobre a falta de regras nas ERPI relativamente à intimidade e privacidade, resultando assim que cada funcionário intervenha da maneira que ache correta, mesmo que essa ação venha a prejudicar a autonomia dos residentes (Hill, 2014).

Tendo em consideração o quadro da bioética de Beauchamp & Childress (2009), estas situações ilustram a dificuldade de equilibrar o principio da beneficência com o principio da autonomia, uma vez que o principio da beneficência orienta os profissionais a proteger e a cuidar, enquanto que o segundo principio respeita as decisões que os idosos venham a fazer.

Relativamente à privacidade, seis dos oito utentes entrevistados relatam que gostavam de ter um espaço mais privado ou um espaço em que estivessem sossegados *"Gosto, às vezes, é de estar sozinha e não consigo.*" (U2), pois só conseguem estar sozinhos no quarto, por sua vez só um dos utentes que foi entrevistado reside em um quarto individual. Vale a pena constar, que nem todos os utentes conseguem ir para o quarto de forma autónoma e que a única altura do dia em que conseguem estar sozinhos é de manhã quando não estão muitos residentes na sala comum, *"Às 8:00, já cá estou em baixo."* (U8).

A necessidade de espaços individuais e as barreiras estruturais retratada pelos utentes, revelam a falta que os utentes têm de estar sozinhos, estes momentos em que o idoso pode

refletir ou simplesmente descansar, são essenciais para a saúde psicológica do mesmo (Bonacho, 2025). Infelizmente, devido a barreiras institucionais há utentes que não conseguem estar sozinhos, devido aos horários que a instituição estabelece, como no caso da utente 8, que já está na sala comum às 08:00.

Ao questionar os utentes sobre os funcionários, a maioria relata que todos são simpáticos e carinhosos "*É uma das coisas que realmente são impecáveis. Todos eles são tão queridos, tão queridos (...) eles são muito carinhosos, nota 10, fantásticos, todos eles. Eles são muito simpáticos*." (U3), mas que alguns funcionários não respeitam as decisões dos idosos ou menosprezam aquilo que sentem "*A intimidade é por respeito às pessoas. Mas sou muito chato não ter respeito a essa parte. Porque já somos homens e devemos ter até por respeito mesmo para as pessoas e não atacarem sem mais nem menos*." (U6). Uma outra utente não se importa quando as mulheres entram no quarto independentemente da maneira que estiver vestida, mas fica restringida quando os funcionários do sexo masculino entram no quarto sem qualquer tipo de notificação prévia "*Eu estou à vontade. Se são meninas, entro no quarto, se for preciso, sem bater à porta. E eu recebo-as como tiver. Se tiver despida, estou despida. Agora, se for rapazes, é que já me fico…. é diferente*." (U2).

Consoante estes resultados é possível concluir que a privacidade e a intimidade nas ERPI são fortemente influenciadas pela ausência de regras que orientem as práticas institucionais, na medida em que a falta destas diretrizes, resulta, consequentemente, que a decisão tomada pelos profissionais parta do julgamento individual de cada um, refletindo assim a frustração do Utente 6, ao considerar que as decisões são baseadas por estima e não por uma diretriz igual para todos (Grigorovich & Kontos, 2018)

Apesar da legislação portuguesa (Portaria n.º349/2023) reconhecer o direito à dignidade, privacidade e intimidade dos utentes em ERPI os resultados apresentam que este direito permanece dependente do julgamento do profissional e das barreiras que a ERPI poderá ter. Uma vez que, apesar dos utentes reclamarem a necessidade do espaço físico, como o quarto, a limitação dos utentes por vezes resulta em que não seja possível deixar o utente sem vigilância dificultando assim a concretização da privacidade, corroborando assim os estudos de Villar et al. (2014), no qual identifica a ausência da privacidade como uma barreira persistente nas ERPI. Sendo que à luz de Bauer (2016), estes constrangimentos revelam a dificuldade de proporcionar experiências íntimas seguras em respostas sociais, uma vez que não deveriam ser os profissionais a ter estas

decisões, mas deveriam ser enquadradas por um regulamento ou pelas políticas da organização.

Adicionalmente, a diferente experiência relatada pelos utentes relativamente à relação com os profissionais evidencia uma diferença nas atitudes adotadas perante os utentes. Enquanto alguns profissionais são vistos como carinhosos, outros desvalorizam as vontades e decisões dos residentes. Conforme Hillman (2016) na ausência de formação adequada, os profissionais tendem a recorrer a crenças pessoais e normas sociais, o que pode resultar em preconceitos idadistas, limitando a autonomia e a expressão da individualidade do idoso.

Perspetivas dos Profissionais

Ao entrevistar os profissionais das ERPI, é possível concluir que não existe um protocolo que tenha em consideração a questão da privacidade "*não temos nada estabelecido que façamos esses momentos de privacidade. Não oferecemos esses momentos de privacidade"* (P4), porém existe uma intervenção mais especializada e que vá dependendo das necessidades de cada utente *"Há aqui uma sensibilidade que nós tentamos transmitir à equipa, aos funcionários que são mais ligados diretamente com eles porque estes quartos, os quartos individuais os utentes têm total privacidade para fazerem o que quiserem."* (P1), sendo que a organização e os horários das ERPI variam consoante as necessidades dos utentes "*Nos outros quartos existem duplos e triplos Já aconteceu eventualmente um utente solicitar esse momento de privacidade por exemplo na hora do banho. E a indicação que existe é para o funcionário deixar de estar sozinho*." (P2).

De acordo com a Portaria n.º349/2023 do Artigo 5.º -A é estabelecido que uma pessoa que resida numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas tem direito que a sua dignidade, privacidade, intimidade e individualidade seja preservada, porém consoante o relato da P4 a ERPI não providencia esses momentos de privacidade, comprovando o estudo de Villar et al. (2014), sobre a falta de privacidade continuar a ser uma barreira estrutural das ERPI.

De forma a compreender mais facilmente as representações dos profissionais sobre a privacidade nas ERPI, foi concretizada uma nuvem de palavras (Anexo D) com o programa MAXQDA, a partir das palavras mais utilizadas durante as entrevistas. Assim,

é possível observar que as palavras "*quarto*", "*individual*", "*social*" e "*íntimo*" se destacam, refletindo a necessidade do espaço físico.

Ainda relativamente à privacidade dos utentes, todos os profissionais relataram a necessidade de avisar a família, mas colocando sempre as necessidades do utente à frente das necessidades da família *"Tens de analisar se ambos estão lúcidos para tomar as suas próprias decisões e aqui a família não vai ter muito a dizer porque nós vamos sempre defender o utente no todo. Ou se efetivamente há aqui um dos elementos, ou até os dois, que patologicamente já não se encontram muito bem."* (P2). Consoante Williams (2015), as ERPI sentem a necessidade de avisar as famílias dos utentes colocando sempre as vontades dos utentes em primeiro lugar mesmo que tal escolha tenha como consequência o *stress* dos familiares.

Os profissionais ainda relatam, num caso prático, que quando necessário os utentes podiam ir juntos para o quarto "*E depois começámos a perceber que ele levava-a para o quarto (...) E pronto, a gente já sabia. Eles saiam da sala levantada, ele ajudava, davam a mão, iam os dois e nós já sabíamos onde é que eles iam.*" (P3), vale realçar que estas idas eram sempre com vigilância e atenção caso houvesse algum tipo de comportamento não desejado de uma das partes "*Mais querem e, portanto, deixamos que as coisas aconteçam livremente, vigiando sempre, se existem ou não, algo que possa prejudicar um ou outro residente*" (P4).

Assim, perante os testemunhos dos profissionais das ERPI, relativamente à abordagem quanto à privacidade e intimidade é possível destacar a ausência de protocolos e o predomínio de decisões situacionais, ou seja, que variam de acordo com as circunstâncias e as características dos utentes. Estas decisões institucionais, embora tenham como intenção proteger o bem-estar dos residentes incide com aquilo que Grigorovich & Kontos (2018) identificaram como uma prática ética baseada no julgamento individual dos profissionais, devido à ausência de diretrizes por parte das ERPI. Estas decisões contribuem para uma gestão ambígua da intimidade, onde a autonomia dos residentes é reconhecida quando expressam a mesma, mas frequentemente limitada na prática.

Como a existência de quartos individuais é associada à privacidade, os profissionais associam estes espaços como os sítios onde a intimidade pode ser expressa. Esta centralidade do espaço físico confirma as conclusões de Villar et al. (2014), no qual

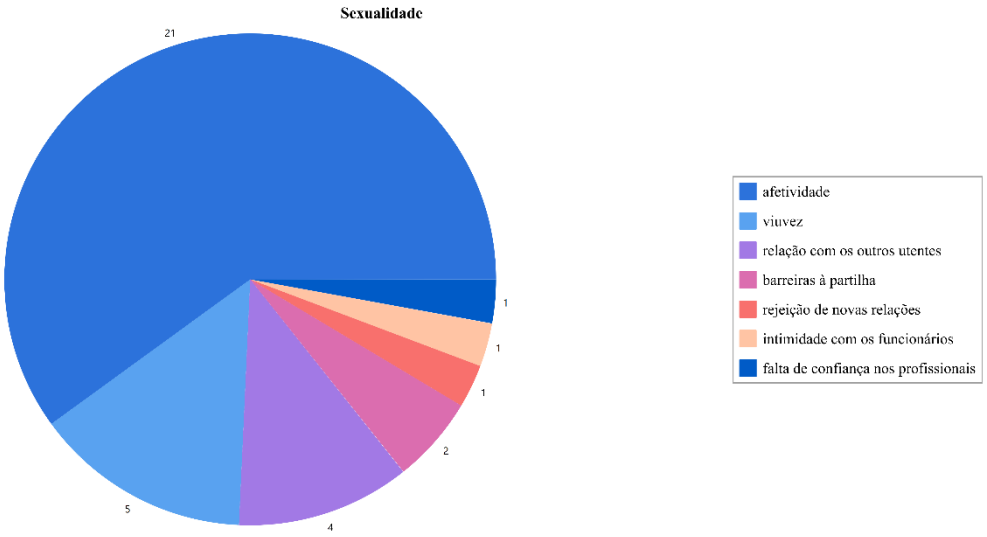
defende que a organização estrutural das ERPI é uma das barreiras da intimidade, apesar da legislação portuguesa defender o direito à privacidade, intimidade e dignidade dos utentes (Portaria n.º349/2023), consoante os profissionais a concretização destes direitos depende das condições materiais da instituição e da disponibilidade da equipa, corroborando Bauer (2016) sobre a inadequação dos ambientes institucionais para responder às necessidades dos idosos. Segundo Doll (2013) e Hillman (2016), quando os profissionais têm falta de formação adequada, os profissionais tendem a apoiar-se em crenças pessoais, normas sociais e estereótipos idadistas. Os resultados apontam para a necessidade de investimento em espaços que promovam a intimidade, uma vez que nem todos os utentes estão em quartos individuais, em formação continua e no desenvolvimento de políticas institucionais que promovam uma abordagem ética, centrada na pessoa, de forma a reconhecer a sexualidade e intimidade como componentes fundamentais da qualidade de vida em contexto de ERPI.

Sexualidade nos idosos

Perspetiva dos utentes

Gráfico 4.1. Frequência. Elaboração própria, a partir das entrevistas a utentes. MAXQDA 2025.

Gráfico circular que corresponde às dimensões que os utentes mais mencionaram nas entrevistas.



As mudanças fisiológicas que os entrevistados apontavam e que mais influenciaram o seu envelhecimento, como operações, dores, doenças, perda de funcionalidade e quedas e o processo que é necessário para aceitar as mesmas, são determinantes para compreender a sua perceção face à sexualidade – *"Procuro aceitá-las, procuro aceitá-las, não me sinto bom nada."* (U 8). As pessoas mais velhas ao aceitarem e ao entenderem

as mudanças que acontecem com o envelhecimento, têm uma melhor perceção da vida e do seu bem-estar, ao mesmo tempo estas mudanças podem reestruturar a ideia ou a forma como um indivíduo vive e expressa a sua sexualidade (Faria et al., 2020).

Consoante o Gráfico 4.1, ao falar com os utentes sobre a sexualidade as categorias mais recorrentes foram a *afetividade*, a *viuvez* e a *relação com os outros utentes*. A predominância da afetividade, pode ser interpretada como uma forma de adaptação à instituição por parte do utente, na qual a sexualidade é expressa de outras formas com a idade e que se torne em expressões mais aceites. Sendo que, categorias menos frequentes como a *intimidade* e a *falta de confiança nos profissionais* revelam que o tema continua a ser sensível em contexto institucional e que sentem que podem ser julgados sobre a sexualidade. O fato de a equipa ver a sexualidade apenas como 'ternura' ou 'companheirismo' ilustra a perspetiva da dessexualização na velhice discutida por Giddens (2001), onde o corpo idoso é destituído de desejo sexual ativo.

De acordo com os utentes estes costumam expressar o seu carinho através da compreensão mútua, respeito, sorrisos, empatia, contato físico e pequenos gestos atenciosos - *"Elas são pessoas sempre a dar beijinhos e elas agarram-se a mim. É sinto carinho, sinto"* (U4), assim, consoante estes dados, é possível determinar que a sexualidade tem diferentes formas de expressão e que vai além do toque físico, sendo uma forma de expressão heterogénea que vai alterando com a idade, o ambiente e o contexto sociocultural de cada indivíduo(Cunha et al., 2019; Júnior, Filho, et al., 2021).

Os entrevistados associam a sexualidade a um acontecimento do passado, adicionalmente as mulheres associaram mais à viuvez e que é uma *"porta fechada"* (U1), enquanto os homens tendem a focar mais nas mudanças fisiológicas, pois é uma coisa *"natural"* (U5 e U7) e consequente do envelhecimento. Já o Utente 6 descreve como um *"sentimento de derrota"* e de saudade. A negação da necessidade de falar sobre o tema, mesmo pelos próprios utentes, não deve ser lida apenas como uma ausência de desejo, mas como a internalização do idadismo (Butler, 1969). Esta resistência ilustra como o estigma social da assexualidade na velhice se converte em autoestigma, levando o idoso a abdicar da sua própria sexualidade como se esta já não lhe pertencesse, confirmando Træen & Villar (2020) sobre a divergência construída socialmente entre envelhecimento e sexualidade. A sexualidade na velhice não desaparece, mas pode se transformar, tanto pode ser um capítulo fechado devido à morte do parceiro, às mudanças fisiológicas do corpo que advêm do envelhecimento ou também pode estar associada à saudade do ato

sexual e do carinho. A sexualidade ainda é pensada como uma possibilidade, mas que não pode ser expressa e vivenciada como já foi "*Às vezes penso (...). Acho que tenho também sentimentos de apetência sexual, mas é isso. (...) Uma possibilidade. Poder ser, mas já não é. Já não é o que era*." (U6). Assim, mesmo que o desejo sexual persista no envelhecimento, as alterações fisiológicas que vão decorrendo ao longo do tempo condicionam a sua expressão, sendo necessário reconfigurar a forma que a sexualidade é expressa (Træen & Villar, 2020).

Conforme o estudo de Gott (2003), com o envelhecimento a importância dada à sexualidade deixa de ser algo fulcral caso o indivíduo seja viúvo ou tenha problemas de saúde. Devido aos problemas de saúde a sexualidade é repensada e pode ser através de diversas formas, através de pensamentos, fantasias, atitudes, relacionamentos, … (OMS, 2020).

Ao explorar o que os residentes consideram mais importantes para o seu bem-estar, foi possível concluir que as dimensões apresentadas por Singh & Suvidha (2024) - a física, social e financeiras são as mais pertinentes, uma vez que consideram que o seu bem-estar também passa pelo bem-estar da sua família *"É acordar o dia com saúde. (...) É a saúde, minha e dos meus filhos."* (U5), sendo que as relações sociais que criam na velhice também são importantes *"Mais importante é a amizade. Amizade e compreensão. Nós nunca nos tínhamos atingido a 3ª idade. E agora ao atingir a 3ª idade é a compreensão, termos dedicação, podemos dedicar amizade independentemente de tudo, a amizade tem de ser importante."* (U6).

Relativamente às questões de partilha de sentimentos, afetos e desejos, os idosos expõem que não se sentem confortáveis a partilhar nas ERPI e que preferem falar com a sua família ou com a colega de quarto – *"Tirando a minha colega de quarto…Mais íntima, não… Só com os meus filhos"* (U3). Assim, ao questionar sobre a partilha dos sentimentos com a família os mesmos disseram que é algo natural e de forma respeitosa e que a família dá o apoio necessário e que falam regularmente – *"Eles dão muito apoio. Vêm cá… vamos sempre dar um passeio"* (U1).

Consoante os testemunhos dos utentes é possível evidenciar que a sexualidade é maioritariamente compreendida e vivida numa dimensão afetiva e relacional, sendo associada a expressões de carinho, companheirismo, empatia e proximidade emocional e não ao ato sexual. Assim, estes relatos vão ao encontro da proposta da Organização

Mundial da Saúde (2020), que define a sexualidade como um fenómeno multidimensional, ou seja, inclui aspetos emocionais, relacionais e afetivos ao longo do ciclo de vida. Esta definição vai de acordo com Cunha et al. (2019), que defende que a sexualidade na velhice não desaparece, mas transforma-se consoante o contexto sociocultural, as experiências de vida e as alterações fisiológicas de cada individuo.

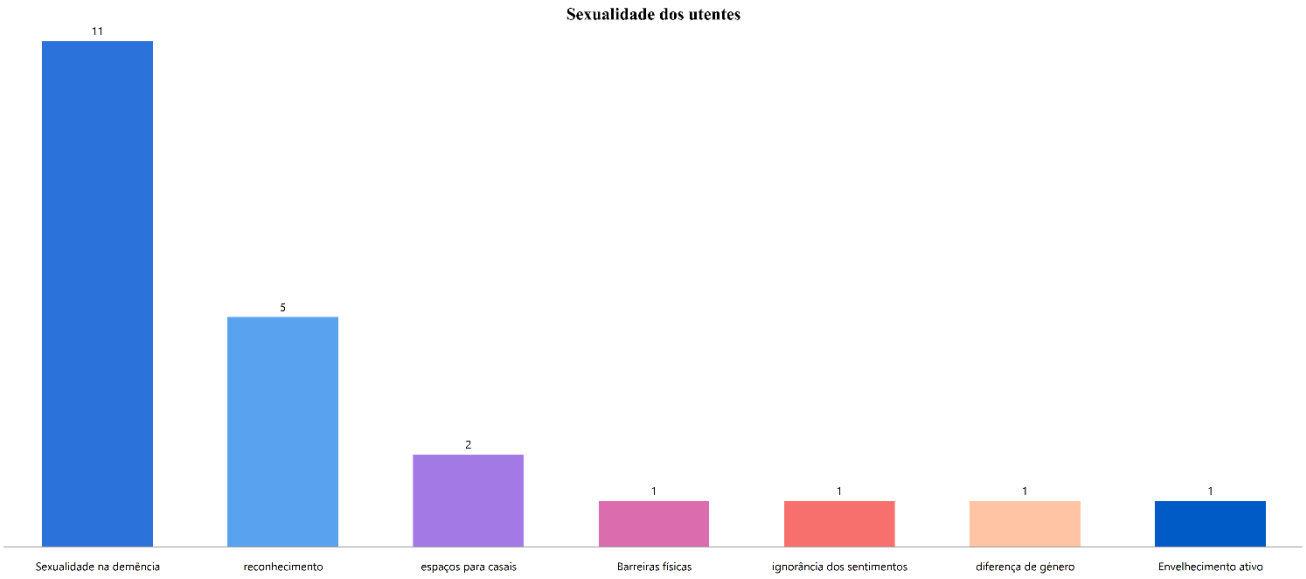
De acordo com os resultados, os utentes demonstram maior disponibilidade para partilhar aspetos da sua intimidade com os familiares do que com os profissionais das ERPIs. Esta preferência poderá estar associada a estereótipos idadistas que tendem a desvalorizar a sexualidade dos idosos (Bauer, 2016).

Adicionalmente, a ausência de espaços seguros e de profissionais nos quais os utentes confiam nas ERPI contribuem para este silêncio, reforçando a perceção da sexualidade como um tema interdito no envelhecimento. De acordo com Træen e Villar (2020), alguns idosos adotam a ideia de que a sexualidade já não faz parte da velhice, o que resulta na negação das próprias necessidades íntimas e na perpetração de estereótipos assexuais dentro das próprias instituições.

Perspetiva dos funcionários

Gráfico 4.2. Frequência. Elaboração própria a partir das entrevistas aos funcionários. MAXQDA 2025.

Gráfico de barras que corresponde às questões mais abordadas pelos profissionais nas entrevistas.



Ao questionar os funcionários sobre os benefícios dos vínculos afetivos, relataram que são essenciais para o bem-estar e que os utentes ficam *"Muito mais felizes e estáveis"* (P3) e que os residentes têm *"uma alegria de viver diferente daquela que existia previamente"* (P4). A criação de vínculos afetivos e consequentemente uma maior

estabilidade emocional, constitui um elemento central do bem-estar e do envelhecimento saudável (WHO, 2020), Os relatos destes dois profissionais, corroboram Bauer (2016) pois a sexualidade/afeto é essencial para o bem-estar dos mais velhos e da redução do isolamento social, por sua vez este bem-estar é um constructo multidimensional que não é só influenciado por fatores físicos mas também por dimensões sociais (Singh e Suvidha, 2024), a sexualidade/afeto também funciona como um recurso que mantem as capacidades funcionais e relacionais, contribuindo assim com o envelhecimento saudável.

Ao interrogar os funcionários sobre o papel da sexualidade no envelhecimento é possível concluir que "*a sexualidade faz parte da vida adulta, não é? Desde que a pessoa inicia a sua atividade sexual até a idade idosa. Portanto, acho que tem um papel muito importante na sensação da pessoa se manter viva e ativa mesmo na idade idosa*." (P4), mas que tem bastantes estereótipos, como a assexualidade das pessoas mais velhas "*Eu penso que a sociedade de uma forma geral assume que a partir de uma determinada idade... As pessoas ficam assexuais*." (P1). Esta perspetiva por parte dos profissionais reforça a ideia de que a sexualidade não desaparece com o processo do envelhecimento, mas transforma-se, fortalecendo a ideia de Heidari (2016), no qual expõe que apesar dos estereótipos de que as pessoas mais velhas são assexuais, há evidências de que o desejo sexual continua no envelhecimento (Lindau et al., 2007), sendo que o discurso destas profissionais contraria a narrativa social que as pessoas mais velhas são assexuais e que a sexualidade é uma dimensão do ciclo de vida, independentemente da idade.

A partir da análise das entrevistas com os profissionais, emergiram novas categorias relacionadas com o tema da sexualidade no envelhecimento, representadas no gráfico 4.2. A sexualidade na demência foi o tema mais frequente, revelando a complexidade e preocupação dos profissionais com este tema, seguido do reconhecimento da sexualidade e da necessidade de espaços para casais.

Durante as entrevistas, um dos tópicos mais abordados foi a sexualidade nas pessoas com défice cognitivo, como ilustrado no gráfico 2, e como se deve proceder *"O que é que devemos fazer? O que é que não devemos fazer? O que é que devemos impedir? Não devemos impedir? O que é que devemos permitir? Na minha perspectiva, acho que devemos... Quer dizer, se forem manifestações afetivas, que não tenham já um carácter sexual físico importante, acho que não é prejudicial, desde que se perceba que não é prejudicial, acho que devemos permitir que se perpetue e que até as pessoas estarem confortáveis."* (P4). Esta dúvida quanto à sexualidade dos mais velhos, reflete a

dificuldade em equilibrar a autonomia/liberdade individual com a proteção de danos, tanto para os utentes como para a ERPI (Beauchamp & Childress, 2009). A expressão sexual das pessoas mais velhas com algum défice cognitivo não deve ser entendida como um risco ou incapacidade, mas como uma vontade que sentem, deste modo é necessário avaliar as intenções, os desejos e o ambiente em que estas interações decorrem (Grigorovich & Kontos, 2018). Esta postura revela a necessidade de transitar de um modelo puramente biomédico para o modelo antropológico-etico de Mahieu et al. (2014), onde a sexualidade não é uma patologia a ser vigiada, mas uma manifestação existencial que exige uma abordagem ética relacional, em vez de uma gestão baseada no medo do erro legal.

De acordo com um caso que aconteceu na ERPI da P3, em que um casal se conheceu na residência e a senhora sofria de demência, mas o senhor não sofria dessa patologia e devido à falta de legislação *"que é que nós podemos permitir e considerar normal e o que é que nós não podemos permitir e não considerar normal, sobretudo em situações em que há uma pessoa que está com menos capacidades do que outra? Claro. Onde é que... Sei, sei, sei. O que é que devemos fazer? O que é que não devemos fazer? O que é que devemos impedir? Não devemos impedir? O que é que devemos permitir? Na minha perspectiva, acho que devemos... Quer dizer, se forem manifestações afetivas, que não tenham já um carácter sexual físico importante, acho que não é prejudicial, desde que se perceba que não é prejudicial, acho que devemos permitir que se perpetue e que até as pessoas estarem confortáveis."* (P4), foi necessário realizar uma reunião com os dois membros do casal de forma a ver se havia algum tipo de abuso ou se era consentido, durante essa reunião a senhora relata que está apaixonada por ele e que estava consciente do ato "*Por escolha dela, apesar de ela ter demência. Mas ela imagina, a gente inclusive fez com ela imaginar. Olhe, isto quer ou não quer? E ela escolheu sim, a escolha dela. Era consciente do ato.*" (P3).

A falta de legislação específica sobre a sexualidade dos utentes nas ERPI contribui para uma atuação mais individual e que pode variar consoante o utente, ou seja, esta alteração conforme o utente pode estar mais orientada para a prevenção de problemas legais do que para a promoção dos direitos e bem-estar dos utentes. A sexualidade surge, assim, como uma dimensão reconhecida teoricamente, mas ainda vista como uma problemática na prática institucional.

Devido à relação sexual que estava a decorrer a instituição decidiu avisar a família dos utentes "*E, portanto, percebemos se é recíproco, se os dois têm vontade de manter essa relação íntima, não é? E, depois, era aquilo que eu estava a dizer. Informamos, normalmente, a família de que aquela situação, que identificámos aquela situação, para que, depois, a família não ache estranho e não pense que, para nós, aquilo é uma coisa... Não é normal, ou que não informamos, ou que não damos conhecimento daquilo que vemos aqui a acontecer*." (P4), enquanto a filha do senhor aceitou e ficou feliz pelo pai, por outro lado o filho da senhora não teve a mesma opinião e ficou preocupado com a mãe "*A filha do senhor ficou toda contente que o meu pai, se calhar, ainda encontrou a alegria. E tinha desejo ainda. E ela ficou muito orgulhosa do pai. O filho da senhora ficou extremamente preocupado. Quis uma reunião comigo. Que eu tinha que, de certa forma, com a equipa médica, validar se isto era abuso à mãe dele ou se isto era mesmo um sentimento recíproco*." (P3).

A ERPI ao informar a família do utente, apesar do direito à intimidade na Portaria n.º 349/2023, evidencia uma desavença entre a autonomia das pessoas mais velhas e a organização das ERPI, uma vez que o idoso já tinha consentido com os atos sexuais, mas a ERPI sentiu a necessidade de procurar legitimação externa com a família, revelando assim precauções defensivas. Revelando assim, que existe uma discrepância entre os direitos dos mais velhos e a sua aplicação diariamente em contexto institucional.

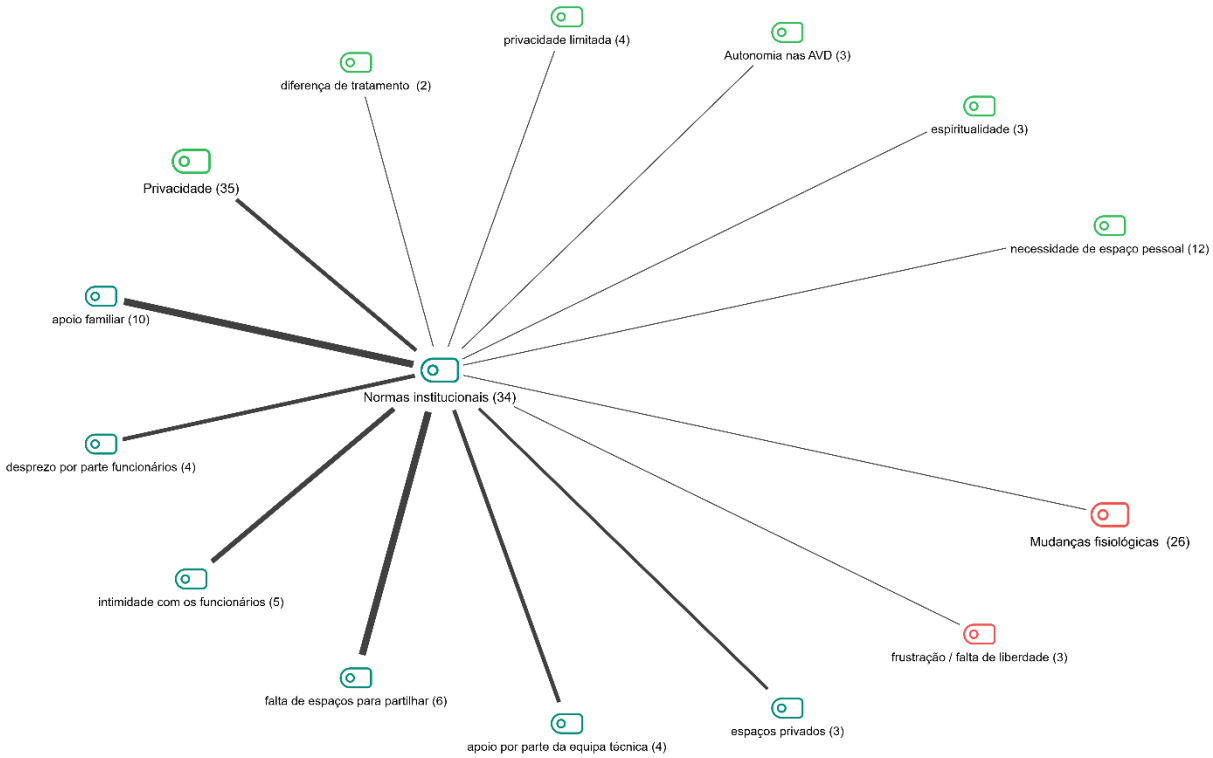
A intervenção institucional no qual proíbe ou cria barreiras para a sexualidade nas pessoas mais velhas, pode ter uma lógica de proteção para os utentes e ERPI, mesmo que a sexualidade promova o bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos. A criação de barreiras, demonstra que a sexualidade ainda não está totalmente incorporada como uma dimensão do envelhecimento saudável nas ERPI.

O impacto da ERPI na vida dos utentes

Perspetiva dos utentes

Rede Semântica 4.2. Elaboração própria, a partir das entrevistas a utentes. Maxqda 2025.

Este modelo evidencia a relação entre os diferentes códigos. A largura das linhas varia consoante as frequências de coocorrência.



Os utentes têm diferentes relatos, quanto à forma como os funcionários tendem a lidar com o tema da intimidade, enquanto uns desprezam ou mudam de assunto – *"Cortam logo. Não há possibilidade. Não há possibilidade. Deve haver."* (U6) outros são carinhosos, atenciosos e próximos, adicionalmente também relatam que há a falta de espaços privados para falar sobre os seus sentimentos e de interlocutor. Com base na Rede Semântica 4.2, é possível concluir que ao questionar os utentes relativamente às normas da ERPI em que se encontram, a maior parte menciona a família e que escolhem desabafar com a mesma, esta questão esta correlacionada com a falta de espaços para partilhar e de privacidade.

De acordo com o estudo de Doll (2013), como os funcionários atuam de diversas formas, ou seja enquanto uns cortam o assunto e não deixam que os utentes relatem as suas preocupações, outros são carinhosos e atenciosos com os utentes, confirmando assim

a falta de orientação e variabilidade de atitudes entre os profissionais. Este corte de conversa reflete os preconceitos que Hillman (2016) e Teixeira (2021) apontam como barreiras.

Relativamente aos espaços e se há algum tipo de barreira na residência que pudesse vir a restringir a forma como os idosos vivem a sua intimidade ou afetividade foi relatado de que não pensam nisso e que também não tem falta do mesmo *"Acho que não há necessidade disso"* (U5) e que preferem falar com a família, fora da instituição. Outros dois utentes relataram que há falta de espaços tanto para falar sobre a intimidade como de espaços para casais. A negação da necessidade de falar sobre a sexualidade, mesmo pelas pessoas mais velhas corrobora o estudo de Træen & Villar (2020), em que não associam a sexualidade à velhice e que as pessoas mais velhas são vistas como assexuais. Esta resistência dos utentes em falar sobre o tema ilustra o idadismo (Butler, 1969) interiorizado, em que o próprio idoso aceita o estigma social de que a sexualidade já não lhe pertence nesta etapa da vida.

Ao questionar os idosos, sobre a forma como a instituição via as decisões que eles tomavam sobre a sua intimidade, três dos utentes disseram que não pensavam nisso ou não queriam saber desse assunto, uma vez que essa porta já estava fechada, outra idosa relatou que *"eles concordam se eu vou fazer a sesta, se estou deitada até mais tarde… Não há restrições"* (U1), enquanto outro senhor relata que a instituição respeita, mas também impõe decisões sobre a sua intimidade.

Relativamente ao preconceito sobre a sexualidade nas pessoas mais velhas, há residentes que vêm como algo natural e positivo, ao passo que outros manifestam resistência, ficam incomodados e até mesmo em negação, sobretudo mulheres mais velhas, que segundo os estudos de Gott (2003) e AARP (2023), a importância percebida da sexualidade diminui com a idade, principalmente nas mulheres.

Consoante o discurso dos utentes, é possível concluir que as atitudes institucionais assumem um papel fundamental na forma como a sexualidade é expressa. Os resultados mostram que, os residentes não têm abertura para conversas sobre a intimidade, bem como a ausência de espaços que permitam a expressão de sentimentos, dúvidas ou desejos de natureza afetiva e sexual. Esta falta de atenção contribui para a construção de um ambiente institucional no qual a sexualidade permanece marginalizada e pouco legitimada.

Estes resultados vão de acordo com as conclusões de Doll (2013), que identifica que as respostas dos profissionais perante a sexualidade dos residentes, são frequentemente marcadas por desconforto ou evasão. Do mesmo modo, Hillman (2016) e Teixeira (2021) apontam que a ausência de formação resulta em práticas informais que, ainda não intencionais, acabam por prejudicar a sexualidade dos mais velhos. Por conseguinte, a inexistência de políticas, a falta de confiança nos profissionais e a ausência de espaços de partilha contribuem para a restrição da autonomia dos residentes no que respeita à sua sexualidade.

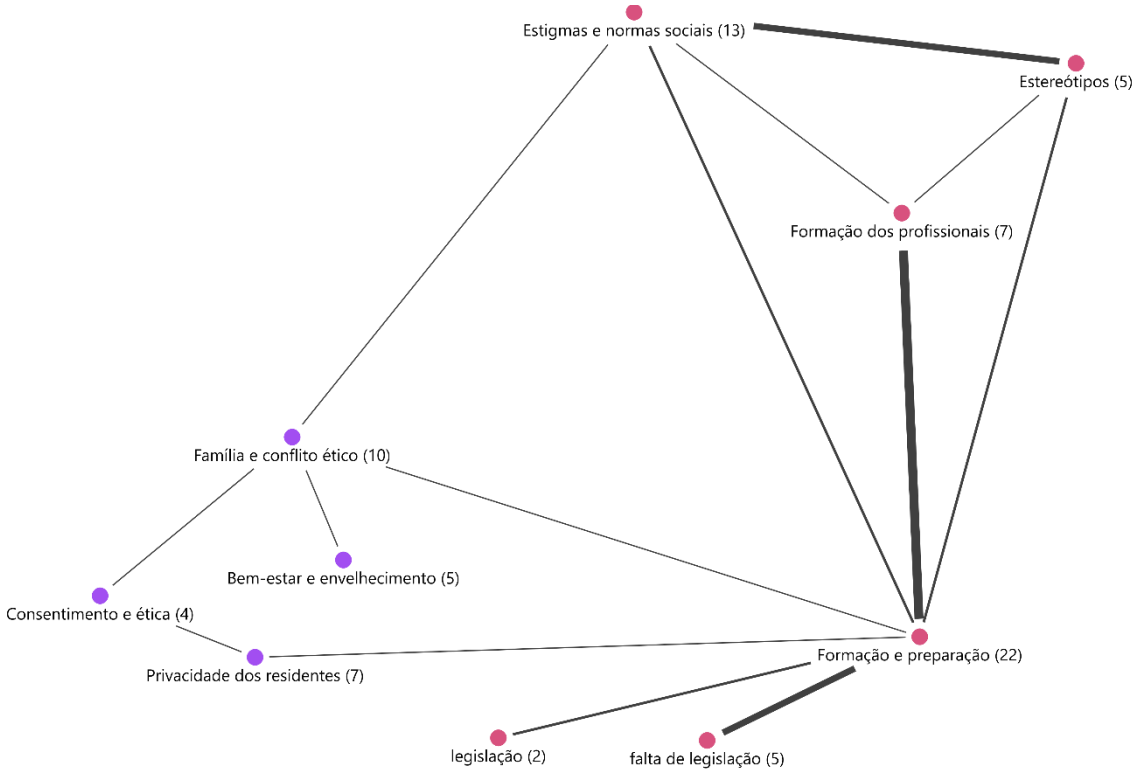
Estes resultados também revelam que os idosos minimizam a importância da sexualidade e que se trata de um tema que acabou com o início do processo de envelhecimento. Estes sentimentos, não devem ser interpretados como uma ausência de desejo, mas sim como algo complexo, uma vez que podem ser influenciados pelo contexto institucional e representações sociais do envelhecimento. À luz de Træen e Villar (2020), o envelhecimento e a sexualidade são frequentemente representados como dimensões incompatíveis, convencendo as próprias pessoas mais velhas a acreditarem que estas variáveis não lhes pertencem.

Assim, estes resultados vão ao encontro do estudo de Gott (2003), que sugere que a minimização da sexualidade na velhice pode resultar de diversos fatores, como a perda de cônjuge, as alterações na saúde e a pressão das normas sociais que associam o envelhecimento à assexualidade. No contexto das ERPI, esta internalização de estereótipos é reforçada pela ausência de oportunidades para falar sobre a sexualidade, consequentemente os residentes desvalorizem os seus próprios desejos e necessidades afetivas.

Perspetiva dos profissionais

Rede Semântica 4.3. Elaboração própria, a partir das entrevistas a profissionais. Maxqda 2025.

Este modelo evidencia a relação entre os diferentes códigos. A largura das linhas varia consoante a frequência de coocorrência.



Quando os profissionais foram questionados sobre as formas de afeto ou expressões íntimas entre residentes foi possível determinar que a forma que os funcionários atuam depende da personalidade de cada um e do género envolvido, maior abertura quando é homem do que quando é mulher. Também foi assinalada a falta de formação sobre o envelhecimento e sexualidade e os cuidados que é necessário ter, pois pode surgir a perceção de abuso quando são casos com pessoas com algum tipo de declínio cognitivo (ex. demência), quando existem estes casos a "*fiz uma reunião com todos e eu lhes expliquei qual era a nossa opinião, como é que nós víamos aquilo, que informámos os familiares, de uma parte e de outra, que íamos autorizar aqueles dois residentes continuarem a ser um casal, apesar de não quererem dividir o mesmo quarto e que para eles não encararem como um abuso de um ou de outra um e outro, porque a própria família tinha aceito, tinha conhecimento e, portanto, eu fiz questão de abrir a conversa com a equipa, porque a equipa até poderia interpretar mal*" (P3).

Além dos estereótipos dentro da instituição, também pode haver o da família, a P3 relata que *"A filha do senhor ficou toda contente que o meu pai, se calhar, ainda encontrou a alegria. (...) E tinha desejo ainda. E ela ficou muito orgulhosa do pai. O*

filho da senhora ficou extremamente preocupado. (...) Mas a ele filho, incomodou bastante. Incomodou bastante? Bastante. Quase que nem aceitava. Ele não queria, e sequer imaginar, que a senhora tinha afeto físico com aquele senhor. Por escolha dela, apesar de ela ter demência.". Enquanto algumas famílias relaram que é algo benéfico para o seu progenitor e reagem com felicidade, outros reagem mais indignados e incomodados, visto que esta indignação também pode vir a ser pelo fato de a senhora ter demência e se as relações são consentidas. Também são levantadas algumas preocupações por parte dos funcionários - *"Mas quem é que toma a decisão? Nós podemos impedir que aquela relação aconteça, como é que se processa isso? Quem é que decide? É a família que decide? Como é que nós podemos nos proteger legalmente, inclusive, de alguma situação menos agradável que possa acontecer durante um ato sexual e que nós não consigamos ter o controle total da situação? Portanto, acho que dá aqui muita coisa para esclarecer."* (P4), sendo que a mesma profissional relata que a gestão das situações vai mudando dependendo do caso e que são casos pontuais e que há a necessidade de vigilância no início para distinguir atos afetuosos com qualquer tipo de abuso.

A multiplicidade destas questões éticas é analisada na relação dos temas identificados, conforme a Rede Semântica 4.3. Os dados apresentados demonstram que os códigos que mais surgiram envolvem a "formação e preparação", "a sexualidade dos utentes" e o "consentimento e ética", destacando assim a necessidade de formação para lidar com a sexualidade dos utentes, principalmente em casos em que um dos sujeitos tem demência.

A necessidade de formação e por consequência a falta de conhecimento, obriga os profissionais a recorrem à sua experiência pessoal para intervir (Everett, 2007; Hillman, 2016; Yang et al., 2021). As questões apresentadas pela P4 ("Quem é que decide? Como nos podemos proteger legalmente?") representam três das cinco questões éticas apresentadas por Williams (2015) – capacidade e interesse; criminalidade; proteção e abuso.

Os profissionais apontam que a instituição não impõe limites à intimidade, mas que as principais barreiras ou dificuldades são físicas e a ausência de quartos pensados para casais e a personalização dos mesmos. Enquanto os utentes não eram capazes de apontar barreiras os profissionais, por outro lado, conseguiram apontar sem qualquer tipo de problema, reforçando o estudo de Villar et al. (2014), de que os utentes podem ter vergonha de expressar as suas necessidades.

Ao analisar as entrevistas com os profissionais demonstra que a sexualidade e intimidade dos utentes está fortemente ligada à formação dos profissionais. Os profissionais mencionam a falta de regras e legislação que os ajude a lidar com os temas da sexualidade e intimidade, resultando assim que recorram à sua experiência profissional e senso comum quando têm de tomar decisões. Apesar de estas intervenções terem boas intenções, com o intuito de proteger os utentes, pode ter o efeito contrário e pode resultar na desigualdade de tratamento entre utentes. Tal como defende Hillman (2016), quando a sexualidade não entra nas políticas institucionais, pode vir a ser tratada como um problema e não como uma dimensão da qualidade de vida.

As considerações éticas surgem com um maior destaque, quando se discute as questões do consentimento e quando um dos utentes tem algum grau de declínio cognitivo. Os profissionais revelam dúvidas quanto a este tema – quem deve decidir? Quais os limites da intervenção? E como garantir a proteção dos residentes sem comprometer a sua autonomia. Estas dúvidas, vão de encontro com as áreas problemáticas identificadas por Williams (2015), como a capacidade de consentir, o risco de abuso, a necessidade legal e a necessidade de proteção institucional.

Assim, de forma a salvaguardar a instituição dos problemas apresentados por Williams (2015), a instituição tende a ter uma vigilância e monitorização das interações, que pode resultar com que exista uma restrição da autonomia e da sexualidade por parte dos residentes. Sendo que esta restrição é discutida por Grigorovich e Kontos (2018), que criticam modelos muito protetores e que defendem abordagens éticas mais relacionais e capazes de reconhecer a sexualidade como uma expressão da identidade, mesmo em contextos de vulnerabilidade cognitiva.

Conclusões

Os resultados evidenciam a existência de um desfasamento significativo entre utentes e profissionais no que respeita à sexualidade e intimidade nas ERPI. Apesar de os utentes e profissionais pertencerem à mesma instituição é possível evidenciar que existe um desfasamento entre os dois grupos quanto à intimidade e sexualidade, enquanto os utentes tendem a normalizar as restrições, os profissionais reconhecem que existe a necessidade de mudança e a falta de legislações. Pelo que a intervenção do assistente social deve focar-se também na literacia de direitos junto dos próprios utentes, capacitando-os para que naturalizem a sua intimidade.

Estes resultados comprovam que o modelo de funcionamento das ERPI tem como base o modelo biomédico, ou seja, antes de valorizarem as dimensões relacionais e afetivas da vida, como a sexualidade, realçam a gestão do corpo e a forma como a ERPI já está organizada (alimentação, medicação e segurança). De modo que, apesar do envelhecimento ser o grupo mais heterogéneo, é aquele que em ERPI é tratado como igual, ou seja, ao sobreporem a gestão e "manutenção" do corpo, tratam das dimensões afetivas como um "extra" e não algo que esteja enquadrado no decorrer da vida. Esta secundarização não resulta apenas de constrangimentos organizacionais, mas reflete um modelo institucional que desvaloriza sistematicamente estas dimensões.

Assim, perante o modelo Biomédico e as rotinas diárias das ERPI, é necessário começar a considerar não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar mental. Uma vez que, se as rotinas das ERPI são ditadas por registos de cuidados físicos (medicação, banhos e alimentação) também é preciso o cuidado emocional. Assim, propomos introduzir uma 'Ficha de História Afetiva e Social' no Plano Individual de Cuidados (PIC) que não deve ser entendida como um mero ato administrativo, mas sim como um instrumento que melhore o bem-estar dos mais velhos. Enquanto, a ficha clínica monitoriza o declínio ou manutenção biológica, a ficha afetiva deve documentar sistematicamente as necessidades de isolamento, as preferências de vinculação, a história de vida sexual/afetiva e os desejos de intimidade do utente. Com o registo destes dados, a equipa multidisciplinar das ERPI deve consultar e criar os horários à volta dos utentes, colocando o utente em primeiro lugar e posteriormente a ERPI. Deste modo, os utentes podem continuar com as rotinas que tinham pré-internamento, sendo que os cuidados clínicos ainda são registados e fornecidos. Desta forma, a lógica de 'cuidar apenas do corpo', começa também a cuidar do corpo e da mente.

A desvalorização da sexualidade e a dificuldade em reconhecer os residentes como pessoas com desejos reflete um processo de infantilização, que aproxima o funcionamento das ERPI ao conceito de instituições totais de Goffman, onde um grande grupo de indivíduos, isolados da sociedade por considerável tempo, leva uma vida fechada, formalmente administrada e rotinizada. Esta desvalorização e infantilização, contribui para legitimar práticas de controlo e restrição da autonomia, deixando-os mais frágeis e vulneráveis e consequentemente, vistos como incapazes, assexuados e dependentes.

De forma a combater a infantilização e a anulação da capacidade de escolha que acontece aos idosos, é necessário um espaço no qual o assistente social consiga mediar e que funcione de acordo com as necessidades dos utentes. Assim, este espaço deve operar como uma 'Assembleia de Residentes', no qual o papel do Assistente Social é de facilitador e que garante que as reuniões funcionem de forma democrática, garantindo que as vozes dos utentes (independentemente do seu estado de dependência) têm algum poder de escolha na gestão do tempo. Portanto, este tipo de iniciativas combate ativamente o processo de infantilização e a perceção de assexualidade, devolvendo aos residentes a agência política e a autonomia que a estrutura das ERPI acaba por retirar.

A ausência dos protocolos e diretrizes não é uma falta técnica, mas uma escolha politica/organizacional que nem é considerada pelos profissionais responsáveis como importante ou sequer existente. Assim, sempre que surge alguma destas situações os utentes ficam à mercê dos profissionais, ficando dependentes dos valores/moral de cada funcionário, revelando assim um risco ético grave. Sendo necessária a criação urgente de um código de conduta institucional que uniformize os procedimentos da equipa, retirando a gestão destes episódios do foro da moral privada de cada funcionário.

Adicionalmente, de acordo com os resultados o acesso à privacidade converte o quotidiano dos utentes numa 'lotaria institucional' (Hillman, 2016), onde ficam reféns do humor do funcionário, sendo que é observada uma maior tolerância para com os homens e uma menor abertura face às mulheres. Neste sentido, é fundamental que a equipa multidisciplinar, com o contributo do assistente social, promova uma reflexão contínua sobre estas questões através de formação. Estas iniciativas devem sensibilizar os profissionais para a importância da privacidade, da intimidade e da sexualidade enquanto dimensões do bem-estar.

Os dados também evidenciam que a manifestação da sexualidade em utentes que já têm declínio cognitivo gera uma ansiedade acrescida na instituição, que resulta frequentemente em precauções defensivas, uma vez que a família tende a assumir uma postura mais reticente, de forma a proteger o familiar. Perante, este tipo de episódios o assistente social poderia mediar o 'conflito' com a família e aplicar o modelo antropológico-ético (Mahieu et al., 2014). Em vez de secundarizar a vontade do idoso em prol do alívio do stress familiar, o assistente social poderia criar um espaço no qual o utente se sinta confortável a partilhar e a validar o consentimento do utente (mesmo que o idoso apresente declínio cognitivo). O assistente social ainda deveria falar com as famílias e sensibilizar para o fato que o internamento não anula a cidadania ativa e que o desejo de vinculação ajuda no envelhecimento saudável dos mais velhos.

Mesmo ao considerarmos que os profissionais respeitam os desejos dos utentes, a estrutura das ERPI impede esses direitos, a ausência de espaços individuais não pode ser tratada com quartos individuais, uma vez que nem todos os utentes/família têm o poder socioeconómico para financiar um. A dignidade dos mais velhos, não é apenas garantida por via legal, mas exige condições materiais que permitam a sua concretização, nomeadamente um espaço em que os utentes possam estar sozinhos.

A intimidade e a privacidade tornaram-se bens de consumo nas ERPI. Perante a impossibilidade financeira de muitas famílias suportarem os custos acrescidos de um quarto individual, a instituição não pode demitir-se da sua responsabilidade ética e social. A criação de um 'espaço comum de uso individual/privado', surge como uma resposta material necessária das ERPI. Este espaço funcionaria através de um sistema de reservas neutro e confidencial, sendo que poderia ser disponibilizado a qualquer utente que o requisite, independentemente do seu escalão social. Este espaço teria como objetivo fornecer aos utentes que requisitarem o direito à solidão, ao silencio e ao encontro afetivo ou sexual.

Neste contexto, o assistente social assume um papel central enquanto mediador entre residentes, família e instituição, sendo responsável por garantir a defesa dos direitos dos utentes, promover a autonomia e introduzir a sexualidade como dimensão legitima na intervenção. Sendo que, apesar da legislação portuguesa reconhecer formalmente o direito à privacidade e intimidade, os resultados indicam um desfasamento significativo entre o enquadramento legal e a prática institucional, sugerindo que estas normas permanecem, em muitos casos, ao nível da intenção, sem tradução efetiva no quotidiano

das ERPI. O que convoca a necessidade de criar indicadores de fiscalização social e contratualização destas estruturas ao cumprimento efetivo das metas de privacidade e autonomia dos seus residentes.

Por fim, a falta de protocolos formais que delimitem a intervenção perante a manifestação da sexualidade dos idosos deixa os utentes expostos ao arbítrio moral de cada funcionário. Estas ocorrências evidenciam a falta de orientações e procedimentos institucionais que assegurem uma resposta consistente e ética entre os profissionais. A implementação destas medidas permitiria reduzir a arbitrariedade nas práticas profissionais e garantir que as necessidades de intimidade, privacidade e expressão da sexualidade dos utentes são reconhecidas e respeitadas de forma equitativa.

Referências:

AARP. (2023). *Ageless Desire: Relationships and Sex in Middle age and beyond (Ages 40-Plus)*. https://doi.org/: https://doi.org/10.26419/res.00748.001

Aires, L. (2015). Paradigma qualitativo e Práticas de Investigação Educacional. In *Universidade Aberta*. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%281ª edição_atualizada%29.pdf

Alshenqeeti, H. (2014). Interviewing as a Data Collection Method: A Critical Review. *English Linguistics Research*, *3*(1), 39–45. https://doi.org/10.5430/elr.v3n1p39

Bar-Tur, L. (2021). Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging to Practical Approaches. *Frontiers in Medicine*, *8*(April), 1–9. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226

Batista, L. da C. (2019). *Envelhecimento, Redes Sociais e Qualidade de Vida: Um estudo sobre Programas de Intervenção Autárquica* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Educação]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2334/1/Lara_Batista.pdf

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). "I always look under the bed for a man". Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology and Sexuality*, *4*(3), 296–309. https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869

Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, *19*(6), 1237–1250. https://doi.org/10.1111/hex.12418

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). https://doi.org/10.1007/s00417-014-2676-5

Bonacho, A. S. M. (2025). *Respeito e Intimidade : Desafios e Perceções dos Idosos em Serviços de Apoio ao Domicílio*. Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.

Boni-Saenz, A. A. (2015). Sexuality and Incapacity. *Ohio State Law Journal*, *76*(6).

Brito, P. S., Silva, J. O. L., Silva, J. O. L., Almeida, J. S., Silva, T. A., Cezar, J. G., Sousa, L. S., Silva, D. A., Campos, V. A., & Santos, L. B. (2023). A importância da sexualidade na saúde do idoso. *Research, Society and Development*, *12*(2), 1–16. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40155

Butler, R. N. (1969). Age-Ism : Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, *9*(4).

Cambão, M., Sousa, L., Santos, M., Mimoso, S., Correia, S., & Sobral, D. (2019). QualiSex: estudo da associação entre a qualidade de vida e a sexualidade nos idosos numa população do Porto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *35*(1), 12–20. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i1.11932

Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A Importância Da Realização De Atividades Como Pilar Do Envelhecimento Ativo. *Diferentes Abordagens Do Envelhecimento*, *2001*, 159–190.

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1902). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Notes and Queries*, *s9-IX*(228), 365–366. https://doi.org/10.1093/nq/s9-IX.228.365-f

Colton, J. (2007). *Sex and the Elderly : What Physicians Should Know About Their Older Patients by*. Yale University.

Conceição Antunes, M. (2015). Educar para um envelhecimento bem sucedido: reflexões e propostas de ação. *Teoria de La Educacion*, *27*(5), 185–201. https://doi.org/10.14201/teoredu2015272185201

Costa, A. da S. (relatora), & Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do grupo de trabalho interministral (Despacho nº12427/2016)*. 1–52.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigaçao em ciencias sociais e humanas: Teoria e prática* (p. 343).

Cunha, A. M. S., Lima, A. B. A., Santos, I. M. R., Gomes, N. M. C., & Souza, E. M. S. (2019). Conversando sobre sexualidade e afetividade entre pessoas idosas. *GepNews*, *2*(2), 153–160. https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82

Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V., & Taiton, M. (2013). A study of hidden sexuality in

elderly people living in institutions. *Sexologies*, *22*(4), e93–e99. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.03.009

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, *1*(2), 151–157. https://doi.org/10.1007/s11482-006-9007-x

Doll, G. M. (2013). Sexuality in nursing homes: Practice and Policy. *Journal of Gerontological Nursing*, *39*(7), 30–37. https://doi.org/10.3928/00989134-20130418-01

Domingues, C. L. (2020). *SEXUALIDADE E INTIMIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO Uma perspetiva masculina* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2502

Everett, B. (2007). Ethically managing sexual activity in long-term care. *Sexuality and Disability*, *25*(1), 21–27. https://doi.org/10.1007/s11195-006-9027-3

Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (2020). Visões sobre o envelhecimento. In *Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo*. https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseyonsociety.com/downloads/reports/Educa

Fisher, L. L. (2010). *Sex, Romance, and Relationships AARP Survey of Midlife and Older Adults*. https://doi.org/https://doi.org/10.26419/res.00063.001

Garatachea, N., Molinero, O., Martínez-García, R., Jiménez-Jiménez, R., González-Gallego, J., & Márquez, S. (2009). Feelings of well being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *48*(3), 306–312. https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.02.010

Giddens, A. (2001). *Sociologia*.

Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., & Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefd about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, *26*(3), 17–24.

Głowacka, M., Sienkiewicz, Z., Dykowska, G., & Haor, B. (2024). Dimensions of quality of life of older adults in relation to selected sociodemographic variables-a

prospective cohort study. *Frontiers in Public Health*, *12*(September), 1419008. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419008

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, *56*(8), 1617–1628. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6

Grigorovich, A., & Kontos, P. (2018). Advancing an Ethic of Embodied Relational Sexuality to Guide Decision-Making in Dementia Care. *Gerontologist*, *58*(2), 219–225. https://doi.org/10.1093/geront/gnw137

Grigorovich, A., Kontos, P., Heesters, A., Martin, L. S., Gray, J., & Tamblyn Watts, L. (2022). Dementia and sexuality in long-term care: Incompatible bedfellows? *Dementia*, *21*(4), 1077–1097. https://doi.org/10.1177/14713012211056253

Hamington, M. (2015). Politics Is Not A Game: The Radical Potential of Care. In *Care ethics and political theory* (pp. 1–30).

Heidari, S. (2016). Sexuality and older people: a neglected issue. *Reproductive Health Matters*, *24*(48), 1–5. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.011

Hill, E. (2014). We ' ll Always Have Shady Pines : Surrogate Decision-Making Tools for Preserving Sexual Autonomy in Elderly Nursing Home Residents. *William & Mary Journal of Race, Gender, and Social Justice*, *20*(2), 469–490.

Hillman, J. (2016). Sexual Consent Capacity: Ethical Issues and Challenges in Long-Term Care. *Clinical Gerontologist*. https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1185488

ILC-Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*.

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas de População Residente em Portugal 2022*. www.ine.pt

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *POPULAÇÃO RESIDENTE AUMENTA , MAS ENVELHECIMENTO CONTINUA A AGRAVAR-SE*.

Júnior, E. V. de S., Cruz, D. P., Silva, C. dos S., Rosa, R. S., Santos, G. da S., & Sawada, N. O. (2021). Association between sexuality and quality of life in older adults.

Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, *55*, 1–9. https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0066

Júnior, E. V. de S., Filho, B. F. da S., Barros, V. S., Souza, Á. R., de Jesus Cordeiro, J. R., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2021). Sexuality is associated with the quality of life of the elderly! *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(Suppl 2), 1–8. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1272

Kaplan, D. B., & Berkman, B. (2016). *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging* (Second Edi). Oxford University Press.

Kyriazis, M. (2020). Aging as "Time-Related Dysfunction": A Perspective. *Frontiers in Medicine*, *7*(July), 7–10. https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00371

Lee, Y. H., & Salman, A. (2016). Evaluation of using the Chinese version of the Spirituality Index of Well-Being (SIWB) scale in Taiwanese elders. *Applied Nursing Research*, *32*, 206–211. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.008

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, *357*(8), 762–774. https://doi.org/10.1056/nejmoa067423

Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(8), 565–572. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022

Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2014). Eternal sunshine of the spotless mind ? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *17*(3). https://doi.org/10.1007/s11019-014-9545-1

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons : a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, *24*(3), 346–357. https://doi.org/10.1017/S1041610211001542

Mishra, S., & Pc, M. (2023). *Emotional Wellbeing among Elderly living in Institutionalized Home and Non-institutionalized Home*. *4*(3), 4–6.

Monday, T. U. (2019). Impacts of interview as research instrument of data collection in

social sciences. *Journal of Digital Science*, *1*(1), 15–24.

National Academies of Sciences, Engineering, and M. (2018). Future Directions for the Demography of Aging. In *Future Directions for the Demography of Aging*. https://doi.org/10.17226/25064

Neves, M. (2019). *Secção de Matemática Amostragem*.

Oliveira, L. D. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(1), 36–42. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129

OMS. (2020). *Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei*.

Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória : procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Saúde Pública*, *29*(4), 318–325.

Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: Staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(4), 371–379. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x

Salman, A., & Lee, Y. H. (2019). Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. *Applied Nursing Research*, *48*(May), 68–74. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.018

Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: A survey of perceptions and policies in australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, *28*(3), 187–194. https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6

Silva, V. X. de L. e, Marques, A. P. de O., Lyra, J., Medrado, B., Leal, M. C. C., & Raposo, M. C. F. (2012). Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde e Sociedade*, *21*(1), 171–180. https://doi.org/10.1590/s0104-12902012000100017

Singh, A., & Suvidha, D. (2024). Health and Well-Being Among Elderly. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, *11*(2), 650–658.

Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin aging study. *European Review*, *9*(4), 461–477. https://doi.org/10.1017/s1062798701000424

Teixeira, M. M. da C. (2021). *A Intimidade e a Sexualidade na Idade Avançada: Perceções dos Diretores Técnicos das ERPI e sua Relação com o Desenvolvimento das Soft Skills*. http://hdl.handle.net/10400.26/36315

Træen, B., & Villar, F. (2020). Sexual well-being is part of aging well. *European Journal of Ageing*, *17*(2), 135–138. https://doi.org/10.1007/s10433-020-00551-0

Tran, M. T., Dang, L. T., & Vu, N. C. (2020). *Economic Well-being of Older Persons*. *December*, 86–94. https://www.eria.org/publications/ageing-and-health-in-viet-nam/#:~:text=LSAHV is designed to (1,status and overall well-being.

Uchôa, Y. da S., Costa, D. C. A. da, Silva Junior, I. A. P. da, Silva, S. de T. S. E. de, Freitas, W. M. T. de M., & Soares, S. C. da S. (2016). Sexuality through the eyes of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *19*(6), 939–949. https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189

Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): Comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2518–2527. https://doi.org/10.1111/jan.12398

von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J., Costa, A., & Leal, I. (2020). Como os idosos se expressam sexualmente? Um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde & Doença*, *21*(01), 62–68. https://doi.org/10.15309/20psd210110

Williams, J. (2015). Intimate relationships between older people in institutional settings : Ageism , protection or fear ? *Ethics, Medicine and Public Health*, *1*(2), 194–202. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.03.010

World Health Organization. (1997). WHOQOL - Measuring Quality of Life. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*.

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy Ageing: Baseline Report*.

Yang, M. H., Yang, S. T., Wang, T. F., & Chang, L. C. (2021). Effectiveness of a sexuality workshop for nurse aides in long-term care facilities. *International Journal*

of Environmental Research and Public Health, *18*(23). https://doi.org/10.3390/ijerph182312372

Anexos

Anexo A. Consentimento informado entregue aos idosos e profissionais.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**.

O estudo tem por objetivo conhecer e analisar os fatores que influenciam a privacidade dos idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, tendo em conta as perspetivas dos idosos e as dinâmicas institucionais. A sua participação no estudo, que será muito valorizada, irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em responder a algumas perguntas, tendo a duração de 45 minutos.

O Iscte é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados).

O estudo é realizado por Dinis Esteves (dmfes@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contato indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar

qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado.

Os seus dados pessoais serão conservados por 1 ano, após o qual serão destruídos ou anonimizados, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.

O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email *dpo@iscte-iul.pt*. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim ☐ Não ☐

Nome: _____

Assinatura: _____

_____ (local), _____/____/_____

Anexo B. Guião de entrevista semiestruturada aos idosos

Consentimento e autorizações

Desde já gostaria de lhe agradecer por participar neste estudo, que tem por objetivo conhecer e analisar os fatores que influenciam a privacidade dos idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, tendo em conta as perspetivas dos idosos e as dinâmicas institucionais. Este questionário enquadra-se num estudo no âmbito de uma tese no mestrado de Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

É de realçar que todas as informações são confidenciais e anónimas, sendo utilizadas exclusivamente para fins académicos. Considerando todos estes fatores, autoriza a gravação desta entrevista?

1. Introdução
    a) Nome:
    b) Idade:
    c) Habilitações literárias:
2. Bem-estar e qualidade de vida
    a) Ao longo da sua vida, que mudanças no seu corpo mais influenciaram a forma como se sente consigo próprio e com os outros? Pode contar-me como as tem vivido?
    b) O que considera mais importante para o seu bem-estar e para se sentir bem no dia a dia?
    c) Quando pensa na sua família, como sente que eles veem ou lidam com o tema da sua intimidade?
3. Questões éticas e Consentimento
    a) Como costuma ser o seu dia aqui na instituição, no que toca a ter momentos ou espaços só seus?
    b) De que forma as regras da residência influenciam a sua privacidade? Pode dar algum exemplo?
    c) Como costuma falar sobre os seus sentimentos, afetos ou desejos aqui na residência? Pode contar-me como é essa experiência?
4. Sexualidade
    a) Que gestos, palavras ou atitudes lhe fazem sentir carinho ou proximidade com alguém?
    b) Na sua opinião, o que muda na forma como vivemos a sexualidade à medida que envelhecemos?
    c) De que forma a possibilidade de viver o afeto ou a sexualidade influencia o seu dia a dia aqui na residência?
5. Instituição, respostas e Formação dos Profissionais
    a) Quando surgem assuntos ligados à intimidade ou aos afetos, como costuma sentir-se na forma como os funcionários lidam com isso?
    b) Há momentos ou espaços aqui na casa onde se sente à vontade para falar sobre sentimentos, afetos ou relações?
    c) Há algo na residência que sente que facilita ou apoia a forma como vive a sua intimidade ou afetividade?
    d) Na sua opinião, como é que a instituição vê a forma como as pessoas mais velhas tomam decisões sobre a sua intimidade?

Conclusão

Gostava de lhe agradecer, uma vez mais, pela sua disponibilidade e participação neste estudo. As suas respostas foram fundamentais para melhor entender esta realidade.

Destaco que todas as informações recolhidas são confidenciais e só vão ser usadas para fins académicos.

Gostaria de acrescentar algo mais que considera importante?

Anexo C. Guião de entrevista semiestruturada aos profissionais

Consentimento e autorizações

Desde já gostaria de lhe agradecer por participar neste estudo, que tem por objetivo conhecer e analisar os fatores que influenciam a privacidade dos idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, tendo em conta as perspetivas dos idosos e as dinâmicas institucionais. Este questionário enquadra-se num estudo no âmbito de uma tese no mestrado de Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

É de realçar que todas as informações são confidenciais e anónimas, sendo utilizadas exclusivamente para fins académicos. Considerando todos estes fatores, autoriza a gravação desta entrevista?

1. Introdução
    d) Idade:
    e) Qual o seu cargo:
2. Saúde e Sexualidade dos Residentes
    a. Como entende o papel da sexualidade na vida das pessoas idosas residentes?
    b. Como são geralmente interpretadas ou acolhidas pela equipa as formas de afeto ou expressões íntimas entre residentes?
3. Bem-estar e saúde dos residentes
    a. Que impato tem observado na vida dos residentes quando estes têm oportunidades de manter vínculos afetivos ou de expressar os seus desejos pessoais?
    b. Que tipo de atitudes ou ideias tem observado relativamente à sexualidade das pessoas idosas, dentro e fora da instituição?
    c. Como essas visões podem afetar a liberdade ou o bem-estar dos residentes?
4. Questões Éticas e Consentimento
    a. De que forma a instituição procura garantir momentos de privacidade para os residentes?
    b. Quando um residente demonstra interesse por uma relação afetiva ou íntima, que aspetos são considerados antes de permitir ou apoiar essa relação?
    c. Pode descrever a sua experiência em situações em que existiram divergências entre os vínculos afetivos desejados por um residente e a posição da sua família?
5. Instituição, Respostas e Formação dos Profissionais
    a. Existem orientações institucionais específicas sobre a sexualidade entre residentes? Como são comunicadas e aplicadas no seu dia a dia?
    b. Como tem sido a sua experiência no acompanhamento de situações relacionadas com os vínculos afetivos ou a intimidade dos residentes?
    c. Que tipos de barreiras existem na residência?

Conclusão

Gostava de lhe agradecer, uma vez mais, pela sua disponibilidade e participação neste estudo. As suas respostas foram fundamentais para melhor entender esta realidade.

Destaco que todas as informações recolhidas são confidenciais e só vão ser usadas para fins académicos.

Gostaria de acrescentar algo mais que considera importante?

Anexo D. Figura 4.1. Nuvem de Palavras. Elaboração própria a partir das entrevistas dos profissionais. MAXQDA 2025

